Rok I Seria II Kraków Nr 6 (15 września 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja: Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

---

Do Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych!

Nadzwyczajne Walne Zebranie „Zrzeszenia Lekarzy Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie" powzięło dnia 12. 8. r. b. uchwałę powołać do życia „Ogólnopolski Związek Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych" i zwołać w tym celu konferencję delegatów lekarzy Ubezpieczalni Społecznych.

Wobec niedojścia do skutku Zjazdu Lekarzy w Łodzi z końcem września br., konferencja ta odbędzie się **w Krakowie dnia 3 i 4 listopada 1945**.

Prosimy o jak najszybsze podanie nazwisk delegatów.

Na konferencji tej omawiane będą następujące tematy:

1) Sprawa bytu lekarzy Ubez. Społ.
2) Utworzenie Ogólnopolskiego Związku Lekarzy U. S.
3) Powszechna Służba Zdrowia.
4) Oddzielenie ubezpieczeń: chorobowego, inwalidzkiego i wypadkowego od ubezpieczeń długoterminowych i oddanie ich pod kompotencję Ministerstwa Zdrowia.
5) Wolne wnioski.

Zgłoszenia prosimy nadsyłać pod adresem:
Dr Jan Gołąb — Kraków, ul. Zyblikiewicza 5 (tel.: 547-38).

Za Komitet organizacyjny:

(-) *Dr Adam Swat*
Sekretarz

(-) *Dr Jan Gołąb*
Prezes

Rok I Seria II Kraków Nr 6 (15 września 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

LEON WACHHOLZ

Urodził się 20 VI 1867 r. w Krakowie. z ojca Antoniego, doktora filozofii, profesora historii powszechnej najpierw w Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie, a następnie w Uniwersytecie Jagiell. w Krakowie, — z matki Joanny z Zagórskich. Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał na Uniw. Jagiell. 18 III 1890 r. Od r. 1891 do 1894 był asystentem Zakładu medycyny sądowej U. J. pozostającego pod kierownictwem prof. Blumenstocka-Halbana. W czasie swej asystentury celem zdobycia najszerszych podstaw naukowych w zakresie chirurgii (pod kierunkiem prof Obalińskiego), medycyny wewnętrznej i pediatrii (prof. Tareński i prof. Jakubowski), psychiatrii (prof. Żuławski) również w zakresie medycyny eksperymentalnej (fizjologii u prof. Cybulskiego), chemii barwika krwi (prof. Teichmann), anatomii patologicznej (prof. Browicz) i chemii analitycznej (prof. Olszewski). Wiosnę 1892 r. i letnie półrocze 1893 r. spędził na studiach w Uniwersytecie wiedeńskim, gdzie poza wykładami z zakresu psychiatrii (prof. Krafft-Ebbing), pracował w Zakładzie sądowo-lekarskim pod kierunkiem prof. Hofmanna, wielkiego reformatora medycyny sądowej. Pracą tą zdobył sobie pełne zaufanie prof. Hofmanna; wówczas też nawiązał stosunki z wieloma późniejszymi uczonymi.

W lutym 1894 r. habilitował się na Uniw. Jagiell. z medycyny sądowej na podstawie pracy „O oznaczaniu wieku na zwłokach z przebiegu kostnienia główki kości ramieniowej", zaś od 1 X 1894 r. objął stanowisko zastępcy profesora medycyny sądowej na Wydziale prawa Wszechnicy lwowskiej. Po rocznym pobycie we Lwowie wrócił do Krakowa, aby objąć na razie w charakterze zastępcy profesora wykłady z medycyny sądowej na Wydziale lekarskim i prawniczym a zarazem i kierownictwo zakładu sądowo-lekarskiego, który wypadło mu właśnie przenieść z dwupokojowego lokalu w domu czynszowym do nowo otworzonego w tym czasie „Collegium medicum" i tu właśnie na nowo go urządzić, a przede wszystkim stworzyć nieistniejące do owej chwili muzeum sądowo-lekarskie. Muzeum to było pierwszym u nas, a dotąd jest spośród polskich muzeów sądowo-lekarskich najbogatszym pod względem ilości i jakości okazów. Zakład zdobył sobie uznanie wybitnych uczonych zagranicznych. którzy go zwiedzili. We wrześniu 1896 r. po przejściu prof. Halbana w stan spoczynku został mianowany profesorem nadzwyczajnym. a w rok później otrzymał dekret mianujący Go profesorem zwyczajnym medycyny sądowej w Uniw. Jagiell. i zobowiązujący do wykładów na Wydziale lekarskim i prawniczym. W latach 1901/2 i 1908/9 piastował urząd dziekana Wydz. lekarsk. Pozostawał w żywych, bądź osobistych, bądź pisemnych stosunkach z wieloma wybitnymi uczonymi. Pracując naukowo starał się utworzyć szkołę i dlatego nakłaniał swoich asystentów do pracy wspólnej i samodzielnej, dzięki czemu mógł przeprowadzić w Wydziale lekarskim habilitację wielu z swoich uczniów, którzy jak śp. prof. Sieradzki, śp. prof. Horoszkiewicz i prof. Olbrycht, objęli katedry medycyny sądowej w naszych wszechnicach.

Stworzywszy pierwszy polski zakład sądowo-lekarski jako warsztat pracy i zdobywszy materiał do badań przez to, że od r. 1891 pełnił obowiązki znawcy sądowego i honorowego prosektora miejskiego, sobie i zakładowi wyrobił imię w światowej literaturze naukowej. Pragnąc zarazem ułatwić tysiącom swoich słuchaczy z wydziału lekarskiego i prawniczego wykształcenie się w medycynie sądowej napisał dwa podręczniki, poświęcone medycynie sądowej, z tych drugi ogłoszony w trzech wydaniach w r. 1919, 1920, 1925 pt. „Medycyna sądowa", dalej podręcznik „Psychopatologii sądowej", „Techniki sekcyjnej" (wspólnie z prof. Ciechanowskim) i „Medycyny Kryminalnej" (wspólnie z prof. Olbrychtem), przeznaczony dla władz śledczych.

Jako znawca sądowy od r. 1891 występował przed sądami całej Małopolski, Śląska i Moraw, zaś po odrodzeniu Ojczyzny przed sądami całej Polski

(szczególnie w wielkich procesach w Warszawie), wydając opinie bądź ustnie, bądź pisemnie. Liczba wydanych przez niego ekspertyz, łącznie z ekspertyzami przezeń przygotowanymi z polecenia Wydz. lek. Uniw. Jagiell., przekracza dziesięć tysięcy a tyczy się niejednego dla nauki ważnego i do rozwiązania niełatwego przypadku. Żmudny zawód lekarza znawcy, który spełniał do końca swego pracowitego życia, oparł na wszechstronnej, głębokiej wiedzy i własnych pracach, dotyczących prawie wszystkich działów medycyny sądowej. Przeszły też one do ogólnego dorobku naukowego, i są przytaczane w najgłówniejszych dziełach sądowo-lekarskich francuskich, niemieckich, włoskich a nawet japońskich.

Wykaz prac śp. prof. Wachholza obejmuje nie tylko dzieła i prace naukowe z zakresu nauk lekarskich, głównie z zakresu medycyny sądowej (w liczbie 160), ale także prace z zakresu historii (np. „Szpitale krakowskie“, wydawn. Biblioteki krakowskiej cz. I 1921, cz. II 1924) i prace literackie (np Fausta Goethego cz. I; przekład części II Fausta, Torkwata Tassa, Egmonta i i. czeka na ogłoszenie drukiem). Poza tym był autorem licznych sprawozdań o zmarłych wybitnych lekarzach w polskich pismach lekarskich i codziennych, oraz sprawozdań z polskiego piśmiennictwa lekarskiego, względnie sądowo-lekarskiego.

W r. 1894 mianowano śp. Leona Wachholza członkiem Polskiego Towarzystwa Przyrodników im. Kopernika we Lwowie. Była Akademia Nauk Lekarskich w Warszawie wybrała Go swoim czynnym członkiem, zaś od r. 1930 był czynnym członkiem Polskiej Akademii Umiejętności. Towarzystwo Lekarskie krakowskie w r. 1928 a Towarzystwo Międzynarodowe medycyny sądowej w Chicago w 1931 r. nadały Mu godność honorowego członka. W r. 1929 otrzymał Krzyż Komandorski Orderu Odrodzenia Polski, w r. 1933 został kawalerem Złotego Krzyża, w r. 1938 został wybrany wiceprezesem Międzynarodowej Akademii dla Medycyny Sądowej i Socjalnej (w Kopenhadze); w r. 1939 czynnym członkiem „Leopoldyńsko-Karolińskiej Akademii dla badaczy przyrody“ w Halle nad Saalą, gdzie nazwisko Jego znalazło się w szeregu nazwisk tej miary przyrodników — członków tejże Akademii, jak Celsus, Cuvier, Linne, Goethe, Darwin, Lyell i inni. Ponadto był członkiem „Medico-legal Society“ w Nowym Yorku.

W pamiętnym dniu 6 listopada 1939 r. wraz z swoimi kolegami, profesorami Uniw. Jagiell. i Akad. Górniczej został śp. Wachholz aresztowany w Collegium Novum przez siepaczy Gestapo, uwięziony na Monteluppich, a po dwudniowym pobycie w Koszarach na Krowodrzy, wpierw wywieziony do karnego więzienia we Wrocławiu, a następnie do obozu koncentracyjnego do Sachsenhausen koło Oranienburga.

Oto słowa z listu Doc. Dra Arkadiusza Piekary, najbliższego towarzysza męki obozowej śp. Wachholza (Nr 5215, Blok 46), pisanego do jego córki a żywo i wiernie malującego postać 72-letniego starca o młodzieńczym sercu gorącego patrioty: „Wie Pani dobrze, jak drogim i bliskim był mi śp. Ojciec Pani. Wspominam Go często i nieraz opowiadam o Nim i Jego bohaterstwie, niezwykłym umyśle i tak rzadko spotykanym charakterze. Wśród niebezpieczeństw, zagrażających życiu, miał odwagę i humor. Jego odczyty i wspomnienia, improwizowane i wspaniałe, były tymi urokami, które kazały nam zapominać o otaczającej rzeczywistości. Nie zapomnę, gdy raz o godz. 4-tej nad ranem powiedział mi, że ma już część swego poematu i szeptem zadeklamował mi fragment jakiejś dramatycznej parabazy. W chwilę potym wkładał swoje spuchnięte nogi w zmarznięte, twarde buty“.

Dnia 18 stycznia 1940 r. na apelu porannym w obozie sachsenhauseńskim, przy mrozie przeszło dwudziestostopniowym, padł zemdlony i bliski już śmierci. Cudem ocalony, w „rewirze“ czyli lazarecie głęboki *homo religiosus* jaki w nim tkwił uczynił sobie ślub wstąpienia do III Zakonu OO. Karmelitów w Czernej koło Krakowa. Ślubu tego dotrzymał — po powrocie z więzienia do Krakowa (8 lutego 1940) zapatrzony w świetlaną wizję O. Rafała Kalinowskiego, bosego Karmelity, byłego powstańca z 1863 r. i zesłańca-sybiraka, którego ekshumacji z cmentarza w Czernej przewodniczył w jesieni 1938 r. jako lekarz-rzeczoznawca z ramienia Kurii Metropolitarnej. Na kilka dni przed swą śmiercią, która nastąpiła 1 grudnia 1942 r. (w następstwie ciężkich odmrożeń nóg w obozie nabytych, jako też ogólnego wyczerpania organizmu, zwłaszcza serca), — robił dla przygotowującego się procesu kanonizacyjnego O. Rafała, pomiary przesłanych Mu kości przyszłego świętego polskiego. Była to ostatnia ekspertyza śp. lekarza-znawcy Wachholza, byłego więźnia politycznego. Połączyła ona symbolicznym związkiem postacie dwóch więźniów stanu i męczenników sprawy narodowej.

Prof. Dr Franciszek Walter

PRACE ORYGINALNE

Prof. dr KSAWERY LEWKOWICZ Kraków

Choroba gruźliczo-gośćcowa

Z Kliniki dziecięcej Uniwersytetu Jagiellońskiego

(c. d).

11. Posocznice popoczątkowe gruźliczo-gośćcowe

a) Wznowy rumienia guzowatego

Zupełnie wyjątkowo posocznice te mogą się powtarzać przez całe życie chorego aż do starości w postaci rumienia guzowatego, jak to było w niektórych przypadkach Rotnesa. Na 182 tych przypadków rumienia u dorosłych (s. 109) 34 tj. 18,7% miało rumień więcej niż raz jeden. U 23 rumień wystąpił dwa razy, u 3 trzy razy, u 6 cztery razy, u 1 pięć razy, a u 1 nawet 14 razy. Ten ostatni przypadek (s. 110, 114, 208) omówiłem już poprzednio obszernie (L. g 11, h 104). Odstępy między poszczególnymi rumieniami wynosiły od 2 miesięcy do 44 lat. Rotnes mówi (s. 114): „Im bliżej wznowy występują w łączności

z przypuszczalnie gruźliczym pierwszorazowym rumieniem, tym naturalniejszą jest rzeczą przyjmować, że były każdym razem tej samej przyrody i że były one wyrazem zaburzenia jakiegoś utajonego procesu gruźliczego. „Późne“ wznowy są dlatego najtrudniejsze do wytłumaczenia“. Jak widzimy, także ten autor ma jeszcze poważne wątpliwości co do tego, czy rumień siniakowaty jest zawsze przyrody gruźliczej. Co zaś do tłumaczenia wznów późnych, to z punktu widzenia mojej teorii nie napotyka ono na żadne trudności. W przebiegu każdej wznowy odbywa się w zasadzie to samo, co w rumieniu początkowym. Musimy tylko przyjąć, że każda z tych posocznic — co musi być uwarunkowane konstytucjonalnymi właściwościami — doprowadza szybko do znacznego uodpornienia, a to znów zahamowuje wcześnie szerzenie się zmian serowatych, oraz prowadzi do dokładnego ich zamknięcia i zwapnienia, poczym następuje względnie szybkie wygasanie uodpornienia umożliwiające dalszą wznowę.

Powtarzające się przez całe życie wznowy rumieniowe mają dlatego tak wielkie znaczenie teoretyczne, że 1) doprowadzają sztywny podział choroby gruźliczej na 3 okresy *ad absurdum* i 2) że stanowią one klasyczny wzór wznawiających się gruźliczo-gośćcowych posocznic i to posocznic klinicznie zupełnie czystych, tj. nie łączących się z żadnymi zmianami gruźliczymi, któreby zdradzały się objawami utrzymującymi się w przerwach międzyrumieniowych.

Długie przerwy międzyposocznicze nie stanowią w ogóle w chorobie gruźliczej niczego niezwykłego. Przecież rozmaite postacie posocznicy początkowej mogą się zakończyć trwałym wyleczeniem, jak to stwierdzamy u wielu dorosłych tuberkulino-dodatnich i przeważnie także rentgenododatnich, którzy jednak wrzekomo nigdy nie chorowali na przypadłości gruźlicze. Podanie to musimy, co prawda, przyjmować *cum grano salis*. Posocznice gruźliczo-gośćcowe mogą przecież przebiegać zupełnie niepozornie i być brane np. za lekką grypę. Taka omyłka jest zresztą usprawiedliwiona okolicznością, iż grypa może się przyczynić do wybuchu danej posocznicy i że w przebiegu tej ostatniej można jeszcze stwierdzać objawy nieżytowe.

Długi okres bezobjawowy spostrzegać można w wielu przypadkach między okresem I-ym, a odosobnionymi gruźlicami narządów okresu III-go, co Ranke (s. 14, 204, 217 i ryc. 23) określa jako przeskoczenie, albo wypadnięcie okresu II-go. Wypełnia on tą, z jego podstawowym poglądem bezsprzecznie niezgodną lukę, twierdząc, że w tym czasie wygojony zespół pierwotny, którego immunizacyjne zdolności mają się wtedy wrzekomo nawet wzmagać, wytwarza w dalszym ciągu uodpornienie. Twierdzenie to jest oczywiście zupełnie bezzasadne. Wiemy przecież obecnie, że uodpornienie wytwarza się wyłącznie w związku z ogólnymi zakażeniami gruźliczo-gośćcowymi. Co prawda, zakażenia te mogłyby wychodzić z miejscowych, anatomicznie nieuchwytnych zaostrzeń, a mogłyby także — na podobieństwo bezobjawowej posocznicy początkowej — przebiegać klinicznie bezobjawowo i w ten sposób prowadzić do nowych cichych uodpornień. Ale wszystko to niema oczywiście nic wspólnego z teorią Rankego.

b) Sprawy gośćcowe

Rumień sińcowaty wprowadzano, z wielu stron w ścisły związek z ostrym gośćcem stawowym, gdyż sprawa, jak to było np. w 42% przypadków Rotnesa, łączyć się może — głównie jednak u dorosłych — z mniej lub więcej wybitnymi objawami gośćcowymi stawów, lub mięśni. Inni znów autorzy (piśmiennictwo u Rotnesa, s. 76) odrzucali stanowczo ten pogląd. Obecnie okazuje się, że jest on w pełnej mierze usprawiedliwiony, gdyż podłożem obu spraw są posocznice prątkowo-kokkoidowe.

Z przypadków wznawiającego się rumienia i korzystnie przebiegającego gośćca okazuje się, że posocznice popoczątkowe mogą niekiedy zachowywać się bardzo podobnie do posocznic początkowych (r. 4). Gościec może mieć jednak także przebieg złośliwy i prowadzić w ciągu paru tygodni do śmierci, jak to było w moim przypadku „złośliwej wszechgruźlicy zapalnej“ (L. n, o), lub w przypadku 116/39. Te przeostre przypadki stanowią bardzo ważny materiał dla badań nad zakażeniem gośćcowym, gdyż jest ono w nich bardzo obfite i sprowadza w ustroju głębokie zmiany, które wtedy widzimy w świeżym okresie rozwojowym. Dokładny histologiczny opis tych zmian uzupełniony licznymi rycinami znajdujemy u Klingego (a, przypadki przeostre 1 i 3). Brakuje jednak w tym opisie jednego, niewątpliwie bardzo ważnego szczegółu, który zaznaczał się wybitnie w moich przeostrych przypadkach, a wystąpił w sposób wprost fenomenalny w wątrobie z podostrego przypadku żółtaczkowej marskości. Chodzi o proces rozklejania i złuszczania się wewnętrznych warstw ściany tętniczek, a mianowicie nie tylko błony wewnętrznej, intymy, ale także warstwy wewnętrznej błony środkowej, medii, złożonej z włókien mięsnych przebiegających podłużnie. Po dokonaniu się tego złuszczenia, które oczywiście możliwe jest tylko po zupełnym zniszczeniu blaszki sprężystej wewnętrznej i włókien sprężystych oplatających włókna mięsne podłużne, włókna te pływają wolno w osoczu, a ściana tętniczki składa się tylko z mięśni okrężnych. Może ona miejscami być wypuklona tętniaczkowato, albo okazywać szczeliny między rozlepionymi wiązkami włókien mięsnych.

Widzimy taki obraz na ryc. 18 i 19 mojego doniesienia o „wszechgruźlicy“. Tętniczka grubości 40 μ leży tu w przekroju podłużnym. Jej osocze tylko w jednym końcu zawiera kilka krwinek czerwonych — widocznie tętniczka nie była prawidłowo czynna —, a poza tym kilka złuszczonych włókien mięsnych i trzy leukocyty wielojądrzaste, zawierające w protoplazmach ogółem 19 kokkoidów. Ścianę tego naczyńka stanowią tylko mięśnie okrężne. Zbliżony obraz dotyczący tętniczki o grubości około 100 μ przedstawia również ryc. 29. I tu znajdujemy — leżącego między włóknami okrężnymi, czy na tych włóknach — leukocyta z kilku kokkoidami, a między krwinkami w świetle naczyńka złuszczone włókna mięsne podłużne.

Występującą w tym przypadku w dużym natężeniu fagocytozę kokkoidów przez leukocyty, należy uważać za zjawisko wtórorzędne, będące wyrazem dość znacznego uodpornienia i pewnego szczególnego nastawienia odczynowego ustroju. Bardziej

pierwotne stosunki można było za to stwierdzać w przypadku 116/39 w związku z okolicznością, że fagocytoza była w nim tylko słabo zaznaczona. To też można w nim było natrafiać na względnie liczne kokkoidy, które leżały na komórkach, czy w komórkach mięsnych tętniczek, po utracie przez te naczyńka intymy i warstwy włókien podłużnych.

W przypadku żółtaczkowej marskości wątroby, w którym choroba trwała $5^1/_2$ tygodnia, złuszczone mięśnie podłużne tętniczek zaczopowywały często zupełnie światło naczyniek i tym samym przerywały krążenie krwi, co musiało być oczywiście ważnym czynnikiem przyczynowym w powstawaniu marskości. Na przekrojach poprzecznych mięśnie te ze strzępiastymi zarysami protoplazmy przypominały bukiety astrów. W tętniczkach samych zakażenie kokkoidowe w chwili śmierci chorego już zupełnie wygasło, zajęte zaś nim były naczyńka chłonne, które zwykle parzyście towarzyszą tętniczkom.

Jeżeli w złośliwych, tak przeostrych, jak również ostrych i podostrych przypadkach gośćca mogą rozwinąć się tak głębokie zmiany w tętniczkach, mimo ich mechanicznie silnie zabezpieczonej budowy, ale znów w zależności od działania ciągle się powtarzających uderzeń skurczowego ciśnienia krwi, to oczywiście zmiany podobne muszą dotyczyć także włośniczek i żyłek. Zmiany takie, idące aż do zupełnego zniszczenia ścian tych naczyniek, stwierdzać też można było rzeczywiście w wątrobie w przypadku „wszechgruźlicy“. Prowadzi to nie tylko do powstania nacieków zapalnych i różnych odmian zwyrodnienia składników miąższowych, ale może także wywoływać — przez jakiś proces rozlepiania — rozpadanie się tkanki, której składniki dostają się następnie do żyłek, czy też do przestrzeni powstających po zniszczeniu ścian żyłek. Tak przynajmniej przedstawiałaby się ta sprawa w wątrobie. W przypadku 116/39 widziałem w świetle żyłki grubej na 360 μ, w jednym skrawku wśród krwinek czerwonych 14 komórek wątrobowych, z utrzymaną protoplazmą lub bez niej. W przypadku zaś żółtaczkowej marskości wątroby w żyłce wątrobowej grubej na 300 μ i w jej odgałęzieniu grubym na 130 μ, które było prawie szczelnie wypełnione osadem złożonym z różnych składników komórkowych — osad ten mógł wytworzyć się jeszcze za życia chorego skutkiem tego, że w związku ze zmianami tętniczek prąd krwi w żyłkach musiał być znacznie zwolniony, czy nawet miejscami wprost zniesiony — naliczyłem w poszczególnych skrawkach do 28 komórek lub jąder wątrobowych, a w 60 skrawkach ogółem około 500 komórek wątrobowych lub ich jąder ogołoconych z protoplazmy.

Natężenie zmian gośćcowych w poszczególnych narządach i tkankach nie idzie wcale równolegle, W rumieniu na pierwszy plan wysuwają się rozrzucone w tkance podskórnej, głównie podudzi, ogniska zapalenia krwotoczno-ropnego (L. e, f, ryc. 8, 9, 17) w gośćcu zmiany stawowe, bardzo często, zwłaszcza u dzieci, łączące się z klinicznie, albo tylko anatomicznie stwierdzalnymi zmianami sercowymi (K. 185). Nierzadko jednak gościec sercowy przebiega bez klinicznie dającego się stwierdzić zajęcia stawów, z czego zresztą nie wynika jeszcze wcale, że stawy są anatomicznie nietknięte (K. 143, 191, 209). Ten fakt, że zajęcie stawów może się nie zdradzać żadnymi klinicznymi objawami, albo że objawy mogą wystąpić dopiero w jakiś czas po zajęciu, mógłby tłumaczyć zjawisko pozornego przeskakiwania gośćca ze stawu na staw, mimo przypuszczalnie równoczesnego powstawania zmian w stawach na podłożu jednej i tej samej posocznicy.

W moim przypadku „wszechgruźlicy“, nie było klinicznie ani zajęcia stawów, ani zajęcia serca, a śmierć nastąpiła wskutek moczniczotwórczego zapalenia nerek. W nerkach wykazano — poza wspomnianymi już zmianami naczyń (ryc. 18—19, 22, 24—29) — zaczopowanie niektórych, nielicznych zresztą włośniczek leukocytami kokkoidonośnymi (ryc. 12 i 13) i wychodzące gdzieniegdzie z takich naczyń mikroskopowe ropieńki (ryc. 14—16), w innych znów także nielicznych miejscach drobniutkie nacieki z przewagą limfocytów (ryc. 21 i 23). Protoplazma niektórych komórek cewek krętych, zatem komórek nabłonkowych, naszpikowana była kokkoidami (ryc. 10). Przede wszystkim jednak jako główne zjawisko stwierdzono, że wszystkie kłębuszki nerkowe zawierały znaczną ilość leukocytów kokkoidonośnych, a nie przedstawiały mimo to wyraźnych zmian histologicznych (barwne ryc. 1—5). W przypadku tym prócz zajęcia nerek stwierdzono: 1) gośćcowe („splenopneumoniczne“) zapalenie lewego płuca, mające wyraźną skłonność do cofania się; 2) przypuszczalnie ze zmianą odżywiających naczyń związany niedowład mięśniówek przełyku, prowadzący do wrzecionowatego rozszerzenia tego przewodu; 3) lekkie zapalenie splotów naczyniastych i opon; 4) rozsiane zmiany zapalne wątroby z obfitym niekiedy zakażeniem kokkoidowym komórek wątrobnych. Oczywiście trzeba przyjąć, że także wszystkie inne ukrwione tkanki były zakażeniem zajęte, a z tych mogło się ono znów szerzyć także na tkanki nieukrwione.

Przypadek mógł by się był przedstawiać zarówno klinicznie, jak i anatomicznie jako zupełnie zagadkowy. Na dobry trop wprowadził jednak badania i pozwolił za życia rozpoznać przyrodę sprawy fakt, że chory na 22 miesiące przedtym leczony był w naszej Klinice na rumień guzowaty popoczątkowy, w czasie którego wycięto kawałek skóry do badania histologicznego, a pobraną od chorego krew wstrzyknięto śwince podskórnie i sprowadzono w ten sposób śmierć zwierzęcia na gruźlicę rozsianą w ciągu 4 miesięcy, wreszcie że chory już przez parę lat poprzedzających rumień parał się z gruźlicą.

Na uwagę zasługuje jeszcze okoliczność, że histologicznie można było napotkać w tym przypadku w słupie krwi bieżącej tak żyłek (ryc. 17), jak i tętniczek (ryc. 19) na leukocyty kokkoidonośne, z czego wynikało, że także za życia możnaby było stwierdzać je w krwi z palca i wyzyskać ten szczegół w celach rozpoznawczych. Z „żywej“ krwi wyrastać będą w takich razach na odpowiednich pożywkach prątki gruźlicze.

Przypadek ten miał dla moich dalszych badań doniosłe znaczenie. Tylko mając badania nad rumieniem i wyniki badań w tym przypadku za sobą, mogłem się z powodzeniem zabrać do rozwiązania

zagadnienia dotyczącego etiologii gośćca. Toteż wystarczył mi jeden przypadek typowego gośćcowego zapalenia serca (L. m, uzupełnienie przy korekcie), żeby wobec wybiórczego Ziehlowskiego barwienia skrawków i cechującego obrazu w zastawce sercowej zastosować prawo „wszystko albo nic“ i dojść do wniosku, że gościec jest zawsze sprawą prątkowo-kokkoidową. U chorego tego uderzyło mnie nadto po raz pierwszy niekorzystne w gośćcu — w porównaniu do stosunków w rumieniu guzowatym (r. 8) — zachowanie się tkanek względem kokkoidów, co od początku (L. n 14, o 572) tłumaczyłem wyczerpaniem układu histiocytarnego.

Dla celów klinicznych wysnujemy z tego przypadku następującą naukę.

Każdy przypadek z objawami choroby zakaźnej ostrej i uszkodzenia większej ilości narządów, w szczególności uszkodzenia serca (wystąpienie szmeru skurczowego, zmiany w elektrokardiogramie), o ile nie można w nim wykazać innego zakażenia, powinien być uważany za podejrzany na gościec, zwłaszcza jeżeli chorobę poprzedziły na miesiące czy lata jakiekolwiek przypadłości gruźlicze, jeżeli radiologicznie wykaże się zmiany wnękowe i jeżeli opadanie krwinek jest wybitnie przyspieszone. W przypadkach takich należy badać krew bieżącą na obecność leukocytów kokkoidonośnych.

Ostre sprawy gośćcowe mają wybitną skłonność do cofania się i kończą się przeważnie wyleczeniem, które jest wyrazem zniszczenia zarazków w zmianach tkankowych. W skrawkach z przypadków śmiertelnych można miejscami stwierdzać różne obrazy świadczące o dokonującej się bakteriolizie kokkoidów. W przebiegu tego niszczenia powstaje często, jak się zdaje z zarazków, brunatny barwik, o którym nie napotkałem żadnej wzmianki w dostępnym mi piśmiennictwie gośćcowym, a który należałoby określać jako reumatomelaninę. Do tego barwika, który widuje się niekiedy w dużych ilościach w komórkach, w szczególności w leukocytach, ale także pozakomórkowo we krwi i w tkankach, możnaby odnosić popielisty odcień bladości, który występuje często jak podają Poynton i Schlesinger (s. 138), u dzieci w przypadkach gośćca szybko prowadzącego do śmierci.

c) Umiejscowienia gośćcowe

Wiemy już, że posocznica gruźliczo-gośćcowa musi się łączyć z pewnymi zmianami wszystkich tkanek ukrwionych, ale klinicznie, a także anatomicznie pewne narządy, czy układy mogą być przy tym szczególnie dotknięte tak, że może się zdawać, iż stanowią one jedyne umiejscowienie choroby. Powstają w ten sposób rozmaite gośćcowe — odosobnione, lub w kombinacjach występujące — zapalenia. Mogą one dotyczyć stawów, mięśni, serca, płuc (*splenopneumonia*), błon surowiczych, jagodówki i spojówki oka (zapalenie „pryszczykowe“), wątroby (żółtaczka „nieżytowa“ i „nagminna“), trzustki, przełyku (wyżej przytoczony przypadek „wszechgruźlicy“), przewodu pokarmowego (przypadłości niestrawnościowe przy żółtaczce, które jednak prawdopodobnie mogą pojawić się także bez żółtaczki), nerek, splotów naczyniastych i opon, tarczycy (przypadek dużego wola, które zmniejszyło się wybitnie pod wpływem zastosowania tymofogenu dla leczenia podostrego gośćca stawowego), a wreszcie mózgowia.

Musimy w tych razach przyjąć szczególne usposobienie, czy podatność danego narządu. Od jakich one przyczyn zależą, to nie jest jeszcze dla nas dotąd całkowicie jasne. Czynnik konstytucjonalny ma tu jednak niewątpliwie duże znaczenie. Wskazuje na to m. i. uderzająca symetryczność pewnych zmian, w szczególności dużych guzów gośćcowych, ale także zmian stawów i pochewek ścięgnowych zwłaszcza w gośćcu podostrym i przewlekłym. Jeżeli np. sprawa występuje na obu dłoniach w pochewce ścięgnowej zginacza 3-go, czy 4-go palca i w jej otoczeniu, to można tę symetryczność chyba tylko w ten sposób tłumaczyć, że wspólny pierwotnie gen tych tkanek przed podziałem na gen prawy i lewy dotknięty był już w zarodku wadą podatności na zakażenie gośćcowe.

Podobna konstytucjonalna podatność może dotyczyć całych układów, np. układu mięśniowego w dermatomyositis, wątroby w żółtaczkach o złośliwym przebiegu, mózgowia, o ile to można wnosić z przypadku, w którym u dziecka z przebytą dawniej korzystnie sprawą gruczołową wystąpiła ostra surowicza „aseptyczna“ encephalomeningitis i w 5 dniach doprowadziła do śmierci, a w którym nagłe pojawienie się względnie głośnego i dziwnie wysokiego skurczowego szmeru sercowego wskazywało na równoległe zapalenie mięśnia sercowego i tym samym na przyrodę gośćcową całej choroby. Wspomnę, że także Glanzmann uznaje — poza pląsawicą — możliwość wystąpienia „gośćca mózgowego“.

Z drugiej strony można znowu przyjąć, że pewne narządy mogą okazywać szczególną niepodatność przez zdolność do załatwiania się szybkiego z zakażeniem gośćcowym. Mogłoby się to tyczyć narządów, do których ustawicznie wnikają mikroby niechorobotwórcze i chorobotwórcze, a więc przede wszystkim płuc, które muszą być wyposażone z natury w czynniki unieszkodliwiające drobnoustroje i obce drobiny (komórki pyłowe). Tym wyposażeniem możnaby tłumaczyć fakt, na który już Parrot zwrócił uwagę, mianowicie, że przy znacznych serowatych zmianach gałek oskrzelowych pierwotne ognisko płucne może być zupełnie drobne. Płuca poza tym muszą przy pierwszych posocznicach gruźliczo-gośćcowych wytrzymać główny napór zarazków i otrzymywać mogą w związku z tym najsilniejsze uodpornienie miejscowe, zabezpieczające je do pewnego stopnia w okresie II-rzędnym. Toteż jeżeli wogóle zapadają przy dalszych posocznicach, to zajęte są tym zapaleniem gośćcowym często tylko miejsca szczególnie usposobione, za jakie należy uważać otoczenie ognisk serowatych. W ten właśnie sposób możnaby tłumaczyć powstawanie zapaleń okołoogniskowych. Wątroba, która również ma m. i. za zadanie unieszkodliwiać wnikające do niej z przewodu pokarmowego obce drobiny i drobnoustroje i rozporządza w tym celu odpowiednim aparatem (komórki gwiaździste Kupfferowskie), załatwia się prawdopodobnie także z zakażeniem gośćcowym sprawniej niż inne narządy. Możnaby przynajmniej wysnuć taki wniosek z przy-

taczanego już (r. 11. b) przypadku 116/39, o którym zresztą jeszcze będzie mowa (r. 11. e), a w którym w mięśniu sercowym utrzymywało się jeszcze dosyć żywe zakażenie, gdy w wątrobie już ono prawie zupełnie wygasło, a przeniosło się do torebki wątrobowej.

d) Gościec ostry, podostry i przewlekły. Wznowy i nawroty miejscowe

Gościec jest w zasadzie chorobą ostrą, cyklicznie przebiegającą, a więc kończącą się powrotem do stanu zdrowia. Pod względem klinicznym zasługuje na podkreślenie fakt, że w ostrym gośćcu stwierdza się często — zupełnie podobnie jak w rumieniu sińcowatym — niezwykle silnie przyspieszone opadanie krwinek czerwonych. Histologicznie (Klinge, s. 34 i n.), sprawa cechuje się wytworzeniem w tkance łącznej mikroskopowych ognisk zwyrodnienia włóknikowatego, czy napęcznienia połączonego z wypacaniem włóknika. Przechodzą one następnie w swoiste ziarniniaki, a po tym w blizenki. Jest to więc wyleczenie z trwałym uszkodzeniem (*defectus*). Stłumienie zakażenia może się przy tym okazać nie tylko zupełne, ale i trwałe, jak to bywa w przypadkach o jednym jedynym „napadzie", które według Klingego (s. 106) zdarzają się wcale nierzadko. Ta właśnie postać choroby musi być uznana za zasadniczą i niejako wzorcową, gdyż łączą ją bliskie analogie z rumieniem siniakowatym, jako pierwotypem choroby gruźliczo-gośćcowej. Pojmowanie gośćca jako choroby wybitnie przewlekłej (Weil, Findlay, s. 1 i 175, Fonio, s. 17) jest więc podobnie mylne, jak takie same zapatrywanie tyczące się gruźlicy, a wyrażone przez Hübschmanna (s. 4) w słowach tchnących zupełną pewnością: „...jedną z całkiem istotnych cech choroby gruźliczej jest i pozostaje jej wybitnie przewlekły przebieg...".

W innych przypadkach wyleczenie jest w tym znaczeniu nietrwałe, że pojawiają się po nim i powtarzać mogą wielokrotnie wznowy choroby, chociaż zakończyła się ona doszczętnym zniszczeniem zarazków w tkankach żywych. Źródłem nowych zakażeń i odrębnych, cyklicznie przebiegających chorób są w takim razie gruźlicze zmiany serowate. Charakter choroby jest tu zatym jeszcze w całej pełni zachowany, podobnie jak jest niezmieniony we wznowach rumienia siniakowatego.

Istnieją jednak także inne możliwości. W związku z omówioną wyżej różnicą, jaka zachodzi w natężeniu uodpornienia między posocznicą początkową, a posocznicami popoczątkowymi (r. 4) i jaka wyraża się przede wszystkim różnym zachowaniem się układu siateczkowo-śródbłonkowego wobec zakażenia (r. 8), wyleczenie może być także niezupełne, tj. może nie być połączone z doszczętnym zniszczeniem zarazków. Powodem tego jest oczywiście wytworzenie niewystarczającego uodpornienia tkankowego, a musimy się z tą możliwością tym bardziej liczyć, że w gośćcu zakażenie — po przełamaniu wału histiocytowego — zajmuje różne tkanki, także tkanki z małym potencjałem przeciwzakaźnym. Powstają wtedy postacie usprawiedliwiające do pewnego stopnia zapatrywania wymienionych autorów, tylko, że przewlekłość przebiegu nie może tu być uważana, za cechę istotną. Według Findlaya np. gościec jest chorobą przewlekłą z ostrymi pogorszeniami. Po ostrym okresie zakażenie nie przestaje w niej tlić w dalszym ciągu latami całymi i jest zawsze gotowe wybuchnąć na nowo płomieniem w postaci tego, lub innego ostrego ujawnienia się. Otóż w moim pojmowaniu właściwy charakter choroby wyraża się właśnie w tych ostrych wznowach.

Mogą także po pozornie zupełnym wyleczeniu rozwinąć się miejscowe nawroty. Klinge mówi (a, s. 289): „Skłonność raz wytworzonych blizn, żeby znowu zawsze pęcznieć, wyjaśnia susowate gośćcowe nawroty". Skłonność jest tu jednak słowem bez treści. Sprawa wyjaśnia się dopiero, jeżeli się zważy, że, jak wynika z moich badań (L. p 19, r 687, s 19, ryc. 5 d), w blizenkach mogą się utrzymać, nie wywołując na razie żadnych objawów odczynowych, prawdopodobnie po zniszczeniu leukocytów kokkoidonośnych, gniazdka dobrze zachowanych kokkoidów, może na razie nieczynnych, ale niewątpliwie zdolnych do dalszego mnożenia się.

To spoczywanie kokkoidów w blizence bez wywoływania objawów zapalnych można zaliczyć do zjawisk, którymi mamy się zająć w następnym rozdziale.

e) Umiejscowienia gośćcowe bez objawów zapalenia

W przedstawionym już powyżej w skróceniu (r. 11.b), zmarłym na mocznicę przypadku „wszechgruźlicy zapalnej" (L. n, o) znajdowała się w naczyniach wszystkich kłębków nerkowych zbyt wielka ilość leukocytów. Jest to przecież prawidłowy składnik komórkowy krwi, tylko nie w tej ilości, a prócz tego leukocyty te były tu obładowane kokkoidami. W żadnym razie nie można jeszcze tego rodzaju stosunków określić jako naciek, bo leukocyty te nie leżały poza naczyniami w tkance, a kłębki, poza ich obecnością, nie okazywały uchwytnych zmian histologicznych. W przypadku 116/39 w nieunaczynionej części zastawki dwudzielnej serca i w nitkach ścięgnistych spostrzegałem posuwanie się kokkoidowego zakażenia w szczelinach śródtkankowych i stwierdzałem tylko zmiany miejscowo osiadłych komórek łącznotkankowych w kierunku reumatocytowym, nie widziałem zaś ani śladu nacieku krwiopochodnego, tj. ani leukocytów, ani limfocytów, ani komórek plazmatycznych, ani krwinek czerwonych. Nie było tam więc żadnych oznak zapalenia. Także stwierdzone w tym przypadku obfite zakażenie komórek nabłonkowych niektórych cewek nerkowych nie łączyło się z żadnym naciekiem zapalnym.

Podobne do stwierdzonego w tym przypadku w zastawce serca — a przypominające posuwanie się naprzód róży w jednym kierunku przy zanikaniu jej zmian w tyle — szerzenie się zakażenia kokkoidowego, wychodzące oczywiście z części unaczynionych, gdzie jednak sprawa zakaźna może powstać także w związku z posocznicą klinicznie bezobjawową — tak jak bezobjawową albo niezauważoną bywa niekiedy posocznica początkowa — i może tymczasem wygasnąć, należy przyjąć, dla wszelkich tkanek nieunaczynionych. Mam tu na myśli rogówkę (pryszczyki), wewnętrzną warstwę błony środkowej większych tętnic, a przede wszystkim chrząstki czy to stawowe, czy międzykręgowe. Przez ich „ciche" zajęcie za-

każeniem powstawałyby pozostające w uchwytnym związku z gośćcem niezapalne artrozy, ale prawdopodobnie także nie mające pozornie nic wspólnego z gośćcem, gdyż rozwijające się wrzekomo na tle zwyrodnienia, czy nadmiernego zużycia tkanek, artropatie. Być może, że w ten sam sposób powstają również etiologicznie dotąd zupełnie niejasne (Fonio, s. 170 i n.) młodzieńcze zniekształcające osteochondrytydy i „martwiczące" osteochondropatie, za czym by przemawiała okoliczność, że i one rozwijają się niekiedy w bezpośredniej łączności z przebyciem ostrego gośćca stawowego (Fonio, s. 177).

Stosunki do powyżej opisanych bardzo zbliżone stwierdziłem także we wpomnianym już (r. 11 c) przypadku 116/39 w torebce wątrobowej, która była silnie zakażona, ale mimo to nie okazywała żadnego świeżego krwiopochodnego nacieku, gdy tymczasem w samej wątrobie zakażenie — pozostawiając po sobie znaczne zmiany naczyń i komórek miąższu, oraz drobne nacieki limfocytowo-leukocytowe — było już prawie doszczętnie wygasłe. Niewyjaśnione dotąd powstawanie plam mlecznych torebki, oraz olukrowania tak wątroby, jak i śledziony otrzymuje w ten sposób, jak sądzę, ostateczne wytłumaczenie. Należy tu także przytaczany już (r. 11. b) przypadek, w którym żółtaczka t. zw. nieżytowa, a właściwie gośćcowa przeszła w podostry zanik i marskość wątroby, a w którym zakażenie kokkoidowe — po wygaśnięciu w niebywale wprost spustoszonych naczyniach krwionośnych — przeniosło się do naczyń chłonnych wątroby i tam się na dobre zagnieździło, co jednak nie łączyło się z żadnym wyraźniejszym odczynem zapalnym ani w samych tych naczyniach chłonnych, ani w ich sąsiedztwie.

Muszę wreszcie napomknąć, że w przypadku dermatomyositis widziałem przeważnie bardzo obfite zakażenia kokkoidowe niektórych włókien mięsnych w całej ich długości, prowadzące do zaniku tych włókien i czasem do wytwarzania miogenetycznych guzków o jądrach reumatocytowych, a podobnie widziałem zakażenia drobnych naczyń krwionośnych bez jakiegokolwiek nacieku zapalnego.

Wszystkie te sprawy wymagają oczywiście jeszcze dalszych badań. W szczególności musi się wydawać wątpliwe, czy istnieją istotnie artropatie jako czyste choroby ze zużycia, lub skutkiem zwyrodnienia. Czynniki te mogłyby mieć mianowicie tylko znaczenie pomocnicze, ułatwiające usadowienie się w tkankach i utrzymanie się w nich przewlekłego, w dalszym ciągu w danym razie bezzapalnego zakażenia gośćcowego. Fakt, że zapomocą ogólnego leczenia falami przekrótkimi otrzymuje się w tych sprawach, i to nawet w ciężkich postaciach, nadspodziewanie dobre wyniki, przemawia stanowczo za ich przyrodą zakaźno-zapalną, bo przecież leczenie to nie mogłoby mieć żadnego wpływu na zmiany powstające skutkiem zużycia (Schliephake, s. 7 i 21).

(c. d. n.)

Dr EUGENIUSZ KODEJSZKO Warszawa

Co wnosi wziernikowanie żołądka (gastroskopia) do oceny patogenezy choroby wrzodowej żołądka?

Z 2 Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. (Dyrektor Prof. Dr Med. Witold Orłowski)

Mimo bardzo licznych prac, zmierzających do wyjaśnienia patogenezy choroby wrzodowej, zagadnienie to wciąż nie jest całkowicie rozwiązane. Dziś poznano już wiele różnorodnych czynników wiodących do powstania tego charakterystycznego anatomo-patologicznego odczynu w przewodzie pokarmowym, lecz już sama ta różnorodnosc czynników, z których każdy ma za sobą ważkie argumenty, świadczy o tym, że sprawa wymaga dalszych badań.

Nic więc dziwnego, że metoda wziernikowania żołądka umożliwiająca bezpośrednie oglądanie błony śluzowej żołądka ze wszystkimi chorobowymi jej zmianami pozwalała oczekiwać dodatnich wyników w tym kierunku. Należało się teoretycznie spodziewać, że wrzód można będzie uchwycić niejako *in statu nascendi* i prześledzić zachowanie się jego w całym klinicznym przebiegu.

Gastroskopia ma prócz tego tę zaletę, że badania przeprowadza się zażyciowo, a więc wiele obrazów morfologicznych, zależnych od czynności tkanki i od jej życiowego napięcia (*turgor*), nie ulega zniekształceniu wskutek bądź co bądź sztucznych zmian w wycinkach operacyjnych lub na stole sekcyjnym. Wprawdzie, obraz gastroskopowy błony śluzowej żołądka wobec perspektywicznego skrótu, uzależnionego od systemu optycznego przyrządu, oraz wobec sztucznego oświetlenia nie odpowiada temu, coby można zobaczyć gołym okiem, niemniej jednak gdy się opanuje należycie metodę, nie przeszkadza to w ocenie istotnych zmian. Obrazy błony śluzowej żołądka *in situ* w czasie operacji oraz w czasie wiwisekcji odbiegają również od prawidłowych, gdyż nie można wyłączyć na nie wpływu znieczulenia urazu psychicznego, wykrwienia itp.

Sprężysty wziernik żołądkowy typu Schindler-Wolf-Henninga pozwala na bezpieczne i dokładne oglądanie niemal całego wnętrza żołądka.

Trzeba z góry zaznaczyć, że w patologii ludzkiej oglądanie świeżego wrzodu, z którego rozwija się typowy przewlekły wrzód żołądka, oraz stanu błony śluzowej poprzedzającego powstanie wrzodu jest wielokrotnie tylko dziełem przypadku. Natomiast spostrzeganie wrzodu już powstałego może dostarczyć przy uwzględnieniu większego materiału statystycznego dużo interesujących wniosków co do jego wywodu chorobowego.

Zestawienie wszystkich poglądów co do patogenezy choroby wrzodowej, wysuwanych przez licznych badaczy, nie daje się ująć w krótkim omówieniu.

Zagadnienie to z naszej kliniki opracował Józef Rydygier.

Wspomnę tu o poglądach najważniejszych oraz o próbach syntezy całego tego skomplikowanego zagadnienia, uwzględniając szczególnie te, gdzie gastroskopia, a więc kontrola wzrokowa, mogła rzucić choćby najmniejszy promień światła.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że przyczynami doprowadzającymi do choroby wrzodowej są obok czynników miejscowych działających na błonę śluzową przewodu pokarmowego i zmian patofizjologicznych rozgrywających się w tym przewodzie, także i wpływy ogólnoustrojowe (G. v. Bergmann, Witold Orłowski) oraz obarczenie dziedziczne.

Ze zmian patologicznych w błonie śluzowej żołądka odgrywa doniosłą rolę w powstawaniu wrzodu nieżyt. Zasługą Konjetznego oraz jego uczniów Puhla i Kalimy jest ugruntowanie w bardzo licznych badaniach poglądu o doniosłości czynnika zapalnego dla wyjaśnienia patogenezy choroby wrzodowej. Stwierdzili oni stale w częściach żołądka wycinanych z powodu wrzodów nieżyt. Potwierdzało to stary pogląd Cruveilhiera (któremu zawdzięczamy pierwszy opis choroby wrzodowej) o znaczeniu nieżytu w powstawaniu wrzodu. U nas zwracali na to uwagę Edward Korczyński i Walery Jaworski.

Konjetzny ze swoją szkołą odrzucał w ogóle znaczenie innych czynników (np. trawiącego działania soku żołądkowego) dla powstawania wrzodu, Wrzód jego zdaniem, powstaje skutkiem nacieków leukocytowych, najbardziej zaznaczonych w tkance śródmiąższowej. Dzięki działaniu zaczynów proteolitycznych oraz współudziałowi bakterii doprowadzają one do ubytków nabłonka, zwłaszcza na szczytach fałd błony śluzowej. Stwierdzenie zmian zapalnych pierwotnie w głębszych warstwach i przechodzenie stąd w dalszym ciągu na powierzchnię pozwala sądzić, że wielokrotnie chodzi o nieżyt krwiopochodny, który jest nieraz ważniejszy niż nieżyt powstały przez podrażnienie przez pokarm o niewłaściwym składzie lub o niewłaściwej formie.

Autorowie ci odnosili wrażenie, że często te powierzchowne ubytki przechodzą we wrzód. Jako przyczynę przejścia nadżerki we wrzód przyjmowali uraz pokarmowy, zgodnie z poglądami Aschoffa. U nas znaczenie urazu pokarmowego dla powstania wrzodu podnosi Witold Orłowski.

Mimo ważkich zarzutów, skierowanych przeciw teorii nieżytowej, z których najważniejszy jest stosunkowa rzadkość wrzodu wobec niepomiernie częstszego nieżytu żołądka, posiada ona wiele przekonywujących danych. Tłumaczy ona między innymi wiele objawów klinicznych, jak np. skłonność do nawrotów oraz okresowość przebiegu choroby wrzodowej. Zaburzenia ruchowe i wydzielnicze żołądka oraz bóle w chorobie wrzodowej można również tłumaczyć podrożnieniem zapalnym.

Wiele przekonywujących dowodów ma też teoria powstawania wrzodu wskutek trawiącego działania soku żołądkowego, najgruntowniej zbadana przez Büchnera i jego szkołę. Uderzającym faktem przemawiającym za tym poglądem jest spostrzeżenie anatomopatologów i klinicystów, że wrzód w przewodzie pokarmowym powstaje w tych miejscach, gdzie trafia strumień kwaśnej papki trawiennej; opuszka dwunastnicy, dolna część przełyku przy wpuście, wrzód w pierścieniu zespolenia żołądkowo-jelitowego i jelita czczego, powstający gdy sok żołądkowy niefizjologicznie działa na jego błonę śluzową w przypadkach operowanych oraz wrzód w uchyłkach Meckela, gdy w nich znajdują się zabłąkane komórki błony śluzowej żołądka z gruczołami wydzielającymi pepsynę i kwas solny. Fakt współistnienia wrzodu żołądka z niedokwaśnością nie przeczy tej teorii, gdyż niedokwaśność może powstać później jako następstwo towarzyszącego zanikowego nieżytu błony śluzowej żołądka. Niewystępowanie wrzodu w jelicie cienkim w warunkach fizjologicznych, w okrężnicy i w górnym odcinku przełyku również świadczy o tym, że jednym z ważnych warunków powstawania wrzodu jest siła trawiąca soku żołądkowego. Korzystne działanie leczenia alkalizującego przemawia także za tą teorią. Poważnym zarzutem przeciw niej jest fakt, że wrzód trawiący powstaje w żołądku, więc w narządzie, którego błona śluzowa fizjologicznie jest pod wpływem soku trawiącego. Nasuwa się przeto konieczność przyjęcia jakichś jeszcze dodatkowych czynników osłabiających życiowe własności błony śluzowej. Dla wytłumaczenia trawiącego działania soku żołądkowego w miejscach, gdzie jest on bodźcem fizjologicznym, Büchner przyjmuje dawne poglądy o „szczególnie czynnym" soku żołądkowym wskutek „hiperpepsinii" lub tłumaczy to brakiem czynnika antypeptycznego w błonie śluzowej żołądka.

Bardzo ważnym szczegółem dla naszych późniejszych rozważań jest zapatrywanie Büchnera, że żrące działanie soku żołądkowego doprowadza do powstania żrącego nieżytu żołądka *gastritis corrosiva seu erosiva*, (nazwa wprowadzona przez Nauwercka). Wywoływano taką zmianę także doświadczalnie przez wlewanie kwasu solnego w wyższych stężeniach do żołądka zwierząt doświadczalnych. W tych stanach widziano obok rozlanego nieżytu żołądka setki małych nadżerek. Nie są one identyczne ze zwykłym wrzodem (*ulcus simplex rotundum*), który bywa najczęściej jako jedyny, znacznie rzadziej w liczbie dwóch, trzech lub więcej, przy czym pojawia się tylko w miejscach określonych, odpowiednio do reguły lokalizacyjnej Aschoffa.

Wydaje się mało prawdopodobne, że właściwy wrzód trawienny powstaje z jednej z takich nadżerek, gdy olbrzymia ich większość ulega zagojeniu; później przyjrzymy się, co wykazały w tym względzie badania gastroskopowe.

Przeczy powstawaniu wrzodu z nadżerek także znane zjawisko znacznie częstszego występowania wrzodu dwunastnicy niż żołądka, mimo rzadszego anatomicznie stwierdzanego żrącego nieżytu dwunastnicy (*duodenitis erosiva*). Niewystępowanie wrzodu żołądka w przypadkach wrzodu dwunastnicy z nadkwaśnością również przeczy słuszności teorii trawiącego działania soku żołądkowego.

Kalk z kliniki Bergmanna wykazał, że wrzód żołądka najczęściej przebiega z prawidłową kwaśnością i że we wrzodach dwunastnicy nadkwaśność stwierdza się tylko w 60% przypadków. Przeczy to także przypisywaniu znaczenia trawiącemu działaniu soku jako jedynemu czynnikowi przyczynowemu.

Hurst i Arnold stwierdzili nawet wzrost wolnego kwasu solnego po wyleczeniu wrzodu, przebiegającego z niedokwaśnością. Potwierdzającym dowodem działania soku żołądkowego na czczo mogły

być także spostrzeżenia Hamperla, który w okresie głodu w Rosji Sowieckiej (1918—1923) widział zwiększenie się częstości choroby wrzodowej w porównaniu z okresem poprzednim. Bergmann w czasie wojny światowej w Niemczech nie widział jednak zwiększenia się liczby wrzodów.

Na zarzut, że w przebiegu wrzodu żołądka powstaje najczęściej tylko ograniczony nieżyt błony śluzowej żołądka oraz jedynie ściśle umiejscowione nadżerki, Büchner odpowiada, że w błonie śluzowej żołądka, uszkodzonej płynami żrącymi (ługami, kwasami i innymi), zmiany są też umiejscowione, przy czym pewne miejsca są bardziej narażone niż inne.

Bergmann, podkreślając fakt występowania wrzodu raczej w młodszym wieku, uważa, że przyczyną jego powstania jest skurcz naczyń krwionośnych lub warstwy mięsnej żołądka, zależny od czynników ogólnoustrojowych, a w szczególności od zachwiania równowagi w nerwowym układzie wegetatywnym. Skurcz naczyń odżywiających dany obszar błony śluzowej, zwłaszcza wobec możliwości wielokrotnego jego powtarzania, wiedzie do zwichnięcia czynności fizjologicznych błony śluzowej, do następowego zmniejszenia jej własności życiowych i w końcowym okresie do powstania martwicy ulegającej działaniu trawiącemu soku.

Znaczenie wpływu układu nerwowego na powstanie wrzodu popierają bardzo interesujące spostrzeżenia neurochirurgów (Cushing i jego szkoła), którzy wskazują na współistnienie wrzodów żołądka i dwunastnicy z guzami lub innymi chorobami śródmózgowia i wprost uzależniają chorobę wrzodową od organiczynch zmian w międzymózgowiu. Masten i Bunts opisali 6 przypadków chorób mózgu z jednoczesnym wrzodem żołądka. Potwierdzają to także inni autorowie i tak Opper, Lincoln i Zimmermann podają 16 przypadków chorób śródmózgowia z jednoczesną chorobą wrzodową. Mogilnicki zebrał 7 przypadków guzów mózgu w okolicy trzeciej komory z jednoczesnym wrzodem żołądka. Burdenko opisał 24 przypadki wrzodu żołądka, które ujmuje jako powikłanie guzów w okolicy podwzgórkowej guza szarego, jądra nadwzrokowego, „*corpora mamillaria*“ i w okolicy czwartej komory. Liczne doświadczenia na zwierzętach świadczą również, że dzięki farmakologicznemu lub chirurgicznemu zabiegowi na układzie ośrodkowym nerwowym daje się wywołać wrzody żołądka, które w części przypadków siedzibą i własnościami anatomicznymi przypominają przewlekłe wrzody u ludzi. I tak np. Burdenko uzyskiwał u psów przez uszkodzenie okolicy podwzgórkowej wylewy krwawe do błony śluzowej żołądka oraz ich przechodzenie w ostre i przewlekłe wrzody.

Powstawanie ostrych wrzodów, stwierdzanych na stole sekcyjnym po dokonaniu zabiegów operacyjnych na mózgu, również przemawia za znaczeniem ośrodkowego układu nerwowego w tym cierpieniu.

Dla wytłumaczenia tych pogmatwanych związków przyczynowych można by przyjąć znaczenie czynników nerwowo-odżywczych, podobnie jak to widzimy np. w „*malum perforans pedis*“, we wiądzie rdzenia lub w zmianach występujących w półpaścu.

Logicznie myśląc należało by przyjąć, że zmiany w układzie nerwowym doprowadzające do ograniczonego zmniejszenia życiowej oporności błony śluzowej żołądka nie muszą leżeć jedynie w jego członie ośrodkowym, lecz mogą być zależne także od zmian w splotach obwodowych.

Rössle wychodząc z założeń anatomicznych podkreśla znaczenie naczyń krwionośnych, zależnie jego zdaniem, od zwiększenia pobudliwości żołądka na drodze odruchowej. Nazywa on wrzód żołądka i dwunastnicy „drugą chorobą“, gdyż w 30% przypadków tej choroby stwierdzał zmiany w wyrostku robaczkowym poprzedzające powstanie choroby wrzodowej. Autor ten sądzi, że zmiany wyrostka wyzwalają bodziec nerwowy doprowadzający do skurczu tętnic lub do skurczu błony mięsnej śluzówki *muscularis mucosae* co wtórnie pociąga za sobą zamykanie naczyń odżywiających.

Kaufmann stawia patogenezę choroby wrzodowej w związku z krwiopochodnym nieżytem żołądka, powstałym skutkiem wydzielania wytworów zapalnych przez gruczoły błony śluzowej żołądka. Na poparcie swego poglądu przytacza wyniki swych prac doświadczalnych na zwierzętach. Mianowicie, wywołując u zwierząt jałowe ropnie lub naświetlając je po zgoleniu sierści lampą kwarcową itp. otrzymywał on ciężkie nieżyty, szczególnie w obrębie jamy wpustowej żołądka (*antrum*). Histologicznie w tych razach stwierdzał spłaszczenie komórek nabłonka błony śluzowej, ich zwyrodnienie tłuszczowe oraz powstawanie w nich wodniczek. Wskutek złuszczenia się zmienionych komórek nabłonka powstawał ubytek. Za tym samym mechanizmem powstawania mogłyby przemawiać wrzody powstające po oparzeniach.

Na zupełnie inne czynniki przyczynowe choroby wrzodowej wskazuje Rosenow, który wyhodowywał z wrzodów żołądka paciorkowce i wstrzykując je królikom oraz psom w 86% otrzymywał wrzody żołądka. To samo powiodło się Nickelowi i Huffordowi ze wstrzykiwaniami paciorkowca zieleniącego. Hoffmann twierdzi nawet, że odkrył swoisty zarazek choroby wrzodowej. Choć badania te nie tłumaczą olbrzymiej większości przypadków i mimo że przeciw uogólnieniu tych spostrzeżeń można by podnieść liczne zarzuty, niemniej jednak tym mechanizmem dało by się tłumaczyć wrzody w przebiegu posocznicy, zapalenia wsierdzia, w czerwonce i durze.

Znaczenie czynnika zakaźnego dla powstawania choroby wrzodowej podkreśla Albertini, który na 60 przypadków rozszerzeń oskrzeli w 28% stwierdzał wrzody żołądka i dwunastnicy, przy czym we wrzodach i w rozszerzeniach oskrzeli bakteriologicznie wykrywano ten sam rodzaj bakterii.

Pogląd Virchowa, że wrzód powstaje skutkiem zaczopowania tętnicy odżywiającej dany odcinek przewodu pokarmowego, a to jako następstwo miażdżycy tętnic lub jako zator z odległych miejsc, można by odnieść tylko do rzadkich wrzodów powstających w wieku starszym. Zamknięcie naczynia odżywiającego dany obszar błony śluzowej tłumaczyłoby prócz tego rzadziej występujące wrzody na tle kiłowym, gruźliczym i na tle skrobiawicy, bowiem w przebiegu tych spraw dochodzi do uszkodzenia ściany naczyniowej i do wtórnego jej zakrzepowego zapalenia. W przebiegu ziarnicy złośliwej i białaczki

mogą powstać wrzody jako skutek ucisku naczyń z zewnątrz.

Zatem genezę wrzodu w przewodzie pokarmowym należy położyć na karb różnorodnych czynników, z których zapalny, nerwowy, kurczowy, zakaźny, ochronnego działania śluzu (Leriche) wadliwego odżywiania oraz złego rozłożenia posiłków, stosowania używek i być może jeszcze wiele innych niepoznanych stanowią tylko ogniwa pośrednie dla rozwoju właściwego okresu chorobowego. Każdy z tych czynników może działać jako jedyny dominujący lub kilka razem. Czynnikiem, który wydaje się w każdym przypadku nieodzownym, jest działanie trawiące soku żołądkowego, atakujące błonę śluzową pozbawioną swej życiowej oporności; usprawiedliwia to nazwę *ulcus pepticum*. Obarczenie dziedziczne, jak już wspomniano, odgrywa tu także bardzo doniosłą rolę, co klinicznie ujawnia się występowaniem wrzodu w kilku pokoleniach jednej rodziny.

Przeprowadzenie badań gastroskopowych u wielu chorych na chorobę wrzodową, powtarzane nie raz wielokrotnie u tych samych osób, wniosło w ocenę patogenezy choroby wrzodowej już dość wiele ważnych danych.

Badania, wykonywane u osób z chorobą wrzodową, pozwoliły na zrozumienie wielu dolegliwości w tej chorobie i ich zależność od spostrzeganych zmian w jamie żołądka. Dolegliwości tłumaczy towarzyszący nieżyt, za czym przemawia cofanie się ich, gdy gastroskopowo stwierdzano poprawę zmian nieżytowych.

Gutzeit i Teitge w każdym wrzodzie żołądka stwierdzali wziernikowaniem żołądka nieżyt większego lub mniejszego stopnia zajmujący mniejsze lub większe obszary błony śluzowej. Objawów nieżytowych nie stwierdzało się tylko wyjątkowo. Wrzód nie zawsze był usadowiony w miejscach największego natężenia zmian nieżytowych, a częstokroć w otoczeniu wrzodu były one o wiele mniejsze niż w pozostałych częściach żołądka. Bardzo często nieżyt znajdował się w miejscach odległych od wrzodu. I tak np. widziano nieżyt jamy wpustowej żołądka (*antrum-gastritis*), gdy wrzód leżał wysoko na krzywiźnie małej, lub odwrotnie we wrzodzie odźwiernika nieżyt dna. Oczywiście nie wyłącza to możliwości, że nieżyt, na podłożu którego rozwinął się wrzód, mógł zupełnie ustąpić, gdy zmiany nieżytowe w miejscach odległych od wrzodu mogłyby być tylko jednym z późniejszych dorzutów.

Niemal regułą — zdaniem Gutzeita i Teitgego — jest występowanie w żołądku w przebiegu choroby wrzodowej jednocześnie zmian nieżytowych przerostowych i zanikowych.

Gastroskopowo nie potwierdzono zdania Lubarscha, wysnutego na podstawie materiału anatomopatologicznego, że nieżyt w przebiegu choroby wrzodowej jest bardziej wytwórczy, a w raku bardziej zanikowy.

Korbsch twierdzi, że nieżyt przerostowy błony śluzowej żołądka, stwierdzany wzienikowaniem żołądka w przebiegu choroby wrzodowej, nie jest istotnym przerostem, lecz jest zmianą zależną raczej od obrzęku pęcherzykowego (*oedema bullosum*), podobnie zresztą jak się to wielokrotnie stwierdza wziernikowaniem pęcherza moczowego w jego trójkącie. Autor podkreśla jednocześnie, że obok tych rzekomo przerostowych zmian w otoczeniu wrzodu współistnieją w innych miejscach błony śluzowej nieraz daleko posunięte zmiany zanikowe. Korbsch widział cofanie się tych zmian rzekomo przerostowych w przypadkach bliznowacenia wrzodu oraz ponowne ich pojawianie się z chwilą jego wznowy. Podaje on ponadto, że zmiany rzekomo przerostowe poprzedzał zawsze żrący nieżyt żołądka (*gastritis erosiva*). Spostrzeżenia Korbscha nie zgadzają się z poglądami innych autorów (Gutzeit i Teitge).

Gutzeit i Teitge z całą stanowczością twierdzą, że wrzody żołądka mogą powstawać nawet w obszarach zupełnego zaniku błony śluzowej. Potwierdzają to przypadki wrzodu żołądka w niedokrwistości złośliwej. Korbsch idzie jeszcze dalej twierdząc, że wrzód rozwija się w większości przypadków na podłożu nieżytu zanikowego.

Mimo, że wziernikowanie żołądka potwierdziło doniosłą rolę nieżytu w chorobie wrzodowej żołądka, to jednak nie dostarczyło niezbitych dowodów o jego znaczeniu dla jej powstawania. Nie można było uchwycić tego rodzaju powstawania wrzodu spostrzegając wielokrotnie nawroty nieżytu żołądka w przebiegu choroby wrzodowej, mogące teoretycznie (zgodnie z poglądami Konjetznyego) pociągać za sobą utworzenie się nowego wrzodu. Jedynie Schindler widział w przebiegu nieżytu przerostowego żołądka nie tylko powierzchowne złuszczenie błony śluzowej, ale także prawdziwe głęboko drążące wrzody, które dawały nawet objawy rentgenowskie.

Trzeba podkreślić, żr Gutzeit i Teitge spostrzegając przy wziernikowaniu żołądka nieżyt żołądka, stwierdzali wielokrotnie zwiększenie ranliwości błony śluzowej żołądka, co się objawiało krwawieniem i złuszczeniem nabłonka. W tych przypadkach nie dochodziło jednak do powstawania ubytków wrzodowych. Zgadza się to z poglądami tych autorów, którzy dla powstania wrzodu żołądka przyjmują znaczenie czynników ogólno ustrojowych, dziedzicznych oraz zaburzenia patofizjologiczne ściany żołądka, podkreślając, że powierzchowny bodziec działający na błonę śluzową do takich obrazów chorobowych nie prowadzi.

Krwawienia nieraz przechodzące w krwotoki z przewodu pokarmowego, jak wyjaśniło wziernikowanie żołądka, nie muszą stać w związku z przewlekłym lub ostrym wrzodem, a mogą zależeć tylko od małych ubytków nabłonka błony śluzowej wskutek zmian nieżytowych.

Dawniej rentgenologicznie stwierdzany brak niszy wrzodowej po takich krwotokach tłumaczono krwioupustem działającym niejako odbarczająco na nacieklé brzegi niszy (Berg).

Bardzo ważnym, choć dotąd jeszcze ciągle spornym zagadnieniem, jest powstawanie wrzodu z poprzedzającego żrącego nieżytu żołądka. Głównie Korbsch a także Henning twierdzą na podstawie badań gastroskopowych, że wrzód częstokroć powstaje w ten sposób. Gutzeit i Teitge na podstawie wieloletnich badań gastroskopowych uważają takie powstawanie za niezmiernie rzadkie. Bergmann przytaczając wyniki obrad Zjazdu interni-

stów niemieckich w 1934 r., na którym omawiano to zagadnienie ,dochodzi również do wniosku, iż ten rodzaj powstawania wrzodu odnieść można tylko do bardzo nielicznych przypadków.

Korbsch, będąc gorącym zwolennikiem powstawania wrzodu z nadżerki, twierdzi, że w licznych badaniach gastroskopowych widział powstawanie nawrotów wrzodu na podłożu ograniczonego żrącego nieżytu żołądka w obszarze bliznowatym po pierwszym wrzodzie. Autor ten sądzi, że wrzód powstaje tylko z nadżerek najbardziej wystawionych na działanie urazu pokarmowego w miejscach szczególnie do tego predysponowanych drogą pogłębiania się i zlewania ze sobą kilku nadżerek.

Dużo mogłoby wnieść spostrzeganie, połączone z kontrolą gastroskopową tych chorych, którzy przebyli zabieg operacyjny na mózgu (co jednak w pierwszych dniach po zabiegu ze względu na stan chorych jest bardzo utrudnione), gdyż wiele wrzodów mogących powstawać po tych zabiegach może ulec zagojeniu nie dając całokształtu obrazu klinicznego choroby wrzodowej. Gdyby badania gastroskopowe potwierdziły spostrzeżenia Cushinga i jego szkoły, teoria o nerwopochodnym wrzodzie uzyskałaby silne poparcie. Znaczenie ośrodkowego układu nerwowego (jego urazów) dla powstawania choroby wrzodowej podkreślają ostatnio w swej monografii Veil i Sturm.

Badania gastroskopowe, przeprowadzone na zwierzętach, u których doświadczalnie wywołano wrzody, mimo że są niezmiernie pouczające, nie pozwalają bez zastrzeżeń tłumaczyć przez analogię podobnych zjawisk w patologii ludzkiej.

Zatem, jak już zaznaczono we wstępie, uchwycenie początku wrzodu żołądka wziernikowaniem żołądka jest nieraz tylko szczęśliwym przypadkiem, tym bardziej że nie znamy objawów pozwalających klinicznie rozpoznać jego wczesne okresy. Niemniej jednak dalsze badania gastroskopowe, zwłaszcza chorych na nieżyt żołądka z obarczeniem rodzinnym, w zestawieniu tych wyników z danymi podmiotowymi, badania rentgenowskiego oraz badań pracownianych mogą tu jeszcze wiele wnieść nowego.

PIŚMIENNICTWO

Albertini: Schweiz. m. Wsch. 1, 1937, 1017. — Arnold A.: Schweiz. m. Wsch. 1, 1934, 724. — Bergmann G.: Funktionelle Pathologie, 2 wydanie, J. Springer, Berlin, 1936; Handbuch der inn. Medizin, wydawany przez Bergmanna i Staebelina, J. Springer, Berlin, 1938, 524. — Burdenko: Z. Neurologie 148, 1933, 343. — Büchner F.: D. m. Wsch. 60, 1460; Beitr. z. path. Anat. 85, 1930, 685. — Cushing, Surg. and Obstetr. 53, 1932, 1. — Gutzeit K. i Teitge H. Die Gastrokopie, Berlin i Wiedeń, 1937. — Hurst: Boas Archiv. 58, 1935, 239. — Jaworski i Korczyński: Przeg. Lek. 23—26, 1889. — Kalima T.: Archiv f. klin. Chirurgie 128, 1025. — Kalk H.: Neue deutsche Klinik, Berlin, 6, 1930, 606. — Kauffmann F.: Med. Klin. 1, 1934, 467. — Konjetzny G. E.: Ergebnisse d. inn. Med. 1930, 37; Med. Welt 1, 1931, 718. — Korbsch R.: Endoskopische Magenpathologie, Lipsk, 1941; D. m. W. I, 1937, 1368. — Masten i Bunts: Arch. inter. Med. 54, 1934, 916. — Mogilnicki: Virchows Archiv 257, 1925, 109. — Nauwerck: M. m. W. I, 1897, 955. — Puhl H.: Archiv kl. Chirur. 169, 1932, 597. — Rössle R.: Mitt. Grenzgb. inn. Med. u. Chirur. 25, 1912, 766. — Rydygier J,: Polskie Arch. Med. Wewn. 14, 1936, 489. — Veil W. H. i Sturm A.: Die Pathologie des. Stammhirms, 1942, 187.

Dr med. CZESŁAW KLINOWSKI Kraków

Zaburzenia w zakresie narządu wzroku w następstwie trującego działania przetworów sulfamidowych

Z Kliniki Okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego

Do bardzo rzadko występujących objawów trującego działania przetworów sulfamidowych na ustrój ludzki należą zaburzenia w zakresie narządu wzroku. Wyrażają się one bądź to powstaniem przejściowej krótkowzroczności, bądź też wystąpieniem porażenia nastawności oka.

W Klinice krakowskiej tylko dwukrotnie widzieliśmy pojawienie się przemijającej krótkowzroczności wynikłej w następstwie leczenia sulfamidami.

Pierwszy przypadek dotyczył 33-letniej kobiety, która z powodu zapalenia gardła zażyła ogółem, w ciągu 6 dni, 18 kołaczyków Eubasiny. W 7 dniu wystąpiła nagle krótkowzroczność obu oczu, wynosząca 2. 0D (Visus: PLO = 6/6 ze sf —2.0 D). Skiaskopowo, po zakropleniu 1% homatropiny, stwierdziliśmy również 2.0 D krótkowzroczności. Żadnych innych zmian ze strony obu oczu nie znaleźliśmy. W 8 dniu zaprzestaniu dalszego podawania Eubasiny bystrość wzroku wróciła do normy (Visus: PLO = 6/6), skiaskopowo zaś stwierdziliśmy wówczas 0.5 nadwzroczności.

Drugi przypadek dotyczył 19-letniego mężczyzny z rzeżączką cewki (poza tym zupełnie zdrowego), u którego w drugim dniu powtórnego uderzenia ulironowego przyszło w ciągu kilku godzin do wystąpienia obuocznej krótkowzroczności, wynoszącej 3.5 D. Chory ogółem zażył 30 kołaczyków Uleronu (w pierwszym uderzeniu, w ciągu pięciu dni, 24 kołaczyki, a po sześciodniowej przerwie dalszych 6 kołaczyków). Skiaskopowo, po 1% homatropinie, również wykazaliśmy 3,5 D krótkowzroczności. Zewnętrznie i wewnętrznie oba oczy były bez zmian. Po przerwaniu stosowania Ulironu, w piątym dniu krótkowzroczność minęła i nastąpił powrót do emmetropii.

W piśmiennictwie dotychczas opisano 26 przypadków przemijającej krótkowzroczności po sulfamidach. Z doniesień autorów wynika, że omawiana krótkowzroczność występowała po stosowaniu wszystkich znanych dotychczas przetworów sulfamidowych. Powstawanie przejściowej krótkowzroczności nie zależy przeto od jakości sulfamidu, jak również nie zależy od ilości zażytego sulfamidu. Widywano bowiem jej występowanie już po zażyciu 0.3 gr Septinalu (Kugelberg), 0.6 gr Antistreptu (Fieandt), 1.3 gr Sulfanilamidu (Gailey), niekiedy zaś dopiero po zażyciu ogółem 52.5 gr preparatów sulfamidowych (Albucid, Eubasin, Sulfapiridin) (Steffen). W niektórych przypadkach, u pacjentów, którzy zażywali już sulfamidy, po 5 do 21 dniowej przerwie ponowne ich zażywanie w stosunkowo już małej dawce wywoływało powstanie krótkowzroczności,

pojawienie się wysypki skórnej, ogólne osłabienie. Na podstawie tych przypadków przyjęto idiosynkrazję jako przyczynę występowania krótkowzroczności (Bristow, Heinonen, Missiroli). Inni autorzy zaś (Berg, Mattsson, Granström, Carlberg) uważają pojawienie się krótkowzroczności za wyraz odczynu allergicznego. Nigdy w dotychczasowych spostrzeżeniach przemijającej krótkowzroczności nie stwierdzono zmian w odruchach źrenicznych, jak również zmian wewnątrzocznych.

Krótkowzroczność po sulfamidach występowała w 1 do 8 dniu ich zażywania, zawsze obuocznie, w wysokości od 1.5 D do 8.0 D, niekiedy tylko z małą różnicą jej nasilenia między obu oczyma. Częściej występowała ona u emmetropów i hypermetropów jak u myopów. Po odstawieniu przetworów sulfamidowych omawiana krótkowzroczność zawsze przemijała samoistnie, przy czym czas jej trwania wynosił od 2 do 20 dni. Szybkie znikanie sulfamidów z ustroju tłomaczy szybkie, zupełne znikanie tej krótkowzroczności.

Homatropina nie wywiera wpływu na obniżenie posulfamidowej krótkowzroczności, po atropinie jednakże widywano jej ustąpienie. Niektórzy autorzy przeto uważają tę krótkowzroczność za wynik (skutkiem zatrucia) skurczu mięśnia rzęskowego (Tita, Missiroli, Heinonen, Topolański). Inni natomiast (Granström, Mattsson, Carlberg, Gailey, Bristow, Garcia, Hornbogen, Steffen, Groenouw i Severin) dopatrują się w zmianie współczynnika załamywania ośrodków łamiących, zwłaszcza soczewki, przyczyny pojawienia się omawianej krótkowzroczności. Za tym miałoby przemawiać obserwowane napęcznienie soczewki i na skutek tego przypłaszczenie przedniej komory oka oraz przemijające podniesienie się ciśnienia śródocznego (Carlberg, Bar, Hornbogen). Udowodnienie możliwości wywołania sulfamidami skurczu wyosobnionego mięśnia rzęskowego (Tita, Missiroli), z drugiej zaś strony udowodnienie w rogówce czterokrotnie większego stężenia sulfamidów niż we krwi (Mayer, Bloch, Chamberlain) oraz udowodnienie znacznie dłuższego utrzymywania się koncentracji soli sulfamidów w soczewce niż we krwi (Bellow, Chinn) przemawiają za tym, że krótkowzroczność posulfamidowa jest następstwem zarówno skurczu mięśnia rzęskowego, jak i zmian współczynnika załamywania ośrodków łamiących oka.

Porażenie nastawności oka po sulfamidach opisano dotychczas dwukrotnie (Gardenghi, Missiroli). Występowało ono obustronnie i przemijało samoistnie bez śladu w ciągu miesiąca po przerwaniu podawania sulfamidów.

Występowanie przemijającej krótkowzroczności i porażenia nastawności oka na skutek toksycznego działania sulfamidów zdarza się zapewne częściej niż to dotychczas opisano, zwłaszcza wobec powszechnego obecnie stosowania leczenia sulfamidowego. Dlatego też znajomość przebiegu i w ogóle możliwości występowania przejściowej krótkowzroczności oraz przemijającego porażenia nastawności oka jest konieczna lekarzowi praktykowi. Powstrzyma ona od zbyt pochopnego wyrównania tej krótkowzroczności, od zbędnego leczenia porażenia nastawności, a nadewszystko pozwoli mu uspokoić pacjenta, zawsze silnie zaniepokojonego występującymi zaburzeniami ocznymi w następstwie trującego działania sulfamidów.

PIŚMIENNICTWO

Missiroli G.: Boll. Ocul. R. XVIII (1940) i Boll. Ocul. R. XXI (1942). — Tita C.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 44, z. 14 (1940). — Gailey W.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T, 45, z. 10 (1940). — Groenouw u. Severin: Dtsch. med. Woch. 1941 II. — Saba G.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 47, z. 3 (1941). — Steffen: Klin. Mbl. Augenheilk. T. 106 i 107 (1941). — Hornbogen D. P.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 47, z. 7 (1941). — Dilthey: Klin. Mbl. Augenheilk. T. 107 (1941). — Gaisteiger H.: Klin. Mbl. Augenheilk. T. 107 (1941). — Garcia M.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 48, z. 3 (1942). — Topolansky A.: Klin. Mbl. Augenheilk. T. 108 (1942). — Gardenghi G.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 47 ,z. 12 (1942). — Fieandt O.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 48, z. 10 (1942) i z. 18 (1943). — Roe O. u. Ragnar S.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 48, z. 15 (1943). — Collenza D.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 48, z. 16 (1943). — Carlberg O.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 48, z. 23 (1943).

Dr WŁADYSŁAW LASZCZAK Kraków

Leczenie przetoki jelitowej zapomocą uszczelnienia krążkiem gumowym

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Doc. Dr St. Nowicki.

W niektórych przypadkach niedrożności przewodu pokarmowego zmuszeni jesteśmy założyć przetokę jelita cienkiego jako jedyny, najbardziej oszczędny zabieg operacyjny, lub też jako uzupełnienie rozleglejszego zabiegu. Przetoka taka powstaje też czasem samoistnie w przebiegu pooperacyjnym. Stan taki jeżeli utrzymuje się przez czas dłuższy jest niekorzystny i ze względu na stan ogólny chorego, jak też i ze względu na działanie przetoki na powłoki brzuszne.

Spożyte pokarmy nie mogą być wtedy należycie przez ustrój wykorzystane, bo droga jaką odbywają jest o wiele krótsza, a stała utrata soku jelitowego i postępująca utrata chlorków prowadzi w krótkim czasie do daleko posuniętego odwodnienia ustroju.

Są to ogólne następstwa powstania przetoki, które z mniejszym, lub z większym powodzeniem udaje się nam pokonywać.

Niezależnie od tych następstw ogólnych, musimy w leczeniu przetoki uwzględnić działanie na najbliższe jej otoczenie. Sok jelitowy wydobywający się stale przetoką, rozlewając się szeroko po skórze, brzucha, niszczy ją bardzo szybko. Dokoła przetoki powstają rozległe ubytki naskórka, żrące działanie soku sprawia duże dolegliwości choremu. Znany jest dobrze obraz wyniszczonych chorych z czerwoną, wilgotną, pozbawioną naskórka skórą brzucha, zalanych stale wydobywającym się sokiem jelitowym.

W leczeniu przetoki musimy przede wszystkim pokonać odwodnienie i ubytek chlorków. Sposoby do tego prowadzące są ogólnie wiadome.

Równolegle z tym, należy zapobiegać bezpośredniemu działaniu przetoki na powłoki, lub też

leczyć już powstałe skutki tego działania. W przeciwnym bowiem razie nawet gdy bilans wody i chlorków będzie w równowadze nie będzie można przystąpić do zamknięcia przetoki z powodu rozległego zniszczenia skóry brzucha. Na ogól trzeba dążyć, aby przetokę zamknąć po paru tygodniach, gdyż wyniszczenie chorego będzie postępować. Aby wykonać zabieg operacyjny należy doprowadzić skórę do stanu o ile możności prawidłowego przez czasowe zamknięcie przetoki. Potym można zaszyć przetokę, lub gdy to jest niemożliwe, odciążyć ją czasowo przez zespolenie odpowiednich pętli.

Stosowano wiele różnych środków w postaci maści, past, zasypek, czy płynów ochronnych, aby nie dopuścić do zapalenia skóry, lub też pokonać rozległe jej podrażnienie. Wyniki nie były zadowalające.

Usiłowano zatem zobojętnić działanie soku jelitowego. W tym celu podawał Ochsner przetoką białko kurze, Ress suszone mleko, a Patter miazgę mięsną, Patel duże dawki chlorku wapnia. Również leczenie dietetyczne nie ograniczało wydzielania przez przetokę.

Podane przez Ochsnera, czy Wilkiego sposoby usuwania soku wprowadzeniem jednego lub dwóch cewników, wymagają załączania dość kłopotliwego urządzenia ssącego.

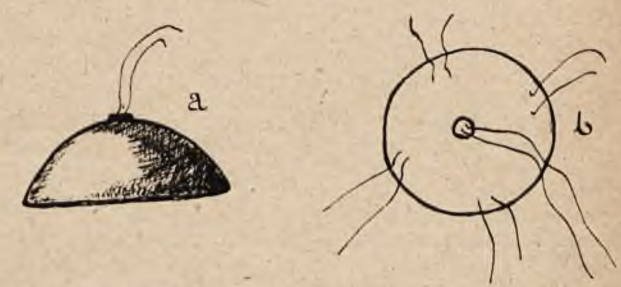
Z mechanicznych sposobów zamknięcia czasowego przetoki należy wymienić sposób, podany przez Kappisa, który zamyka przetokę wprowadzając do jelita sączek gumowy w kształcie litery T lub też zwykły gruby sączek gumowy. Inni używali w tym celu połowy sączka w kształcie łuski.

Wszystkie te sposoby nie spełniają dostatecznie swego zadania. Gumowe sączki nie uszczelniają przetoki i obok sączka wydobywa się w dalszym ciągu sok jelitowy, przy tym opierają się one sztywnymi ścianami o ścianę jelita, która wskutek tego napina się nadmiernie. Sączek taki pozostawiony czas dłuższy może wywołać odleżynę i przedziurawienie ściany. Również przesuwa się on wskutek ruchów robaczkowych i często bywa nagle wypchnięty. W końcu sączek taki musi być umocowany, co zwykle wykonuje się w ten sposób, że z zewnątrz kładzie się drugi sączek i oba związuje się silnie nitką. Wskutek tego znajdująca się między dwoma sączkami uciśnięta ściana jelita może obumrzeć na pewnej przestrzeni i wtedy przetoka się powiększa, jak to spostrzegaliśmy w jednym z naszych przypadków.

W Oddziele Chirurgicznym Szpitala Św. Łazarza stosujemy następujący sposób leczenia przetoki jelita cienkiego.

Na podstawie badania radiologicznego upewniamy się, w jakim odcinku przewodu pokarmowego została założona czy też wytworzyła się przetoka. Badanie to może nas też objaśnić o stopniu drożności pętli odprowadzającej przy zamkniętej na czas badania przetoce. Po tym wstępnym badaniu przystępujemy do uszczelnienia przetoki. Początkowo używaliśmy wycinka balonika gumowego, który zwinięty wprowadzaliśmy przez przetokę.

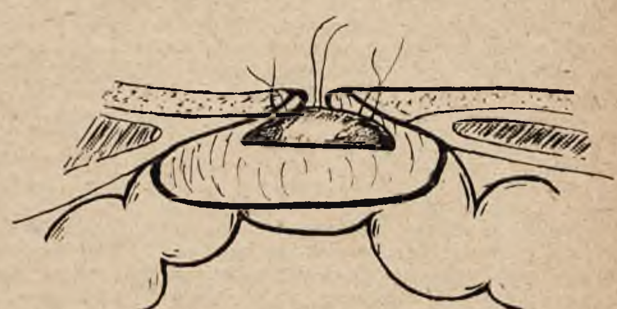
Nitka przeprowadzona przez środek krążka służy do podciągnięcia go i umocowania na skórze (Rys. 1).



Rys. 1. Krążek gumowy a) widziany z boku, b) widziany z góry.

Sposób ten okazał się niedostateczny, tymbardziej, że używałem dość sztywnej gumy, a poza tym duże trudności sprawiało ustalenie płatka w jednym położeniu.

Wobec tych trudności zastosowałem wycinek z balonika, lecz z gumy bardziej sprężystej i aby go ustalić w położeniu, zaopatrzyłem go w 4 nitki podwójne, za pomocą których przyszywa się płatek do powłok (Rys. 2).



Rys. 2. Przekrój czołowy przez przetokę z założonym krążkiem.

Już drugiego dnia po uszczelnieniu objawy zadrażnienia skóry zaczynały się cofać, gojenie postępowało, tak że po upływie dwóch tygodni, bez stosowania jakichkolwiek leków osiągaliśmy taki stan skóry, który pozwalał na wykonanie zamierzonego zabiegu operacyjnego. Równocześnie nasuwająca się z boków ziarnina pokrywała krążek nieraz zupełnie. Ogólny stan chorych ulegał szybko stanowczej poprawie. W tym to okresie czasu usuwaliśmy płatek, rozcinając nad nim ziarninę delikatnie i pociągając za nitkę środkową, po przecięciu innych szwów bezpośrednio przed zamierzonym zabiegiem, lub też uzyskując zagojenie się przetoki, jak to również spostrzegaliśmy.

SPRAWOZDANIE

ze Zjazdu poświęconego „Organizacji Opieki lekarskiej na wsi", który odbył się w dniach 15 i 16 sierpnia 1945 roku w Łodzi

„Zorganizowanie pomocy lekarskiej na wsi — to rozwiązanie opieki lekarskiej w Polsce".

Hasło to wypisane na ścianie sali obrad świadczyło o znaczeniu jakie do obrad przywiązywali organizatorzy Zjazdu.

W przemówieniu powitalnym stwierdził Minister Zdrowia dr Franciszek Litwin, że Polska posiada dziś zaledwie 7.000 lekarzy i 50.000 łóżek szpitalnych w zniszczonych szpitalach, a na domiar złego wielotorową organizację służby zdrowia. Mimo to lecznictwo społeczne musi się oprzeć na samorządzie terytorialnym, który dysponuje ośrodkami zdrowia, szpitalami i ambulatoriami, gdyż one mogą zapewnić masom ludzi nawet specjalistyczną opiekę lekarską.

Dr Marcin Kacprzak, który w ciągu dwu dni niezmordowanie przewodniczył obradom, wygłosił główny referat na temat „Organizacji Opieki lekarskiej na wsi". Większość ludności wiejskiej rodzi się, choruje i umiera nie widząc lekarza, który albo nie znajduje się w pobliżu, albo też jest dla chłopa zbyt drogi. Ideału, którym jest zapewnienie każdemu człowiekowi opieki lekarskiej od poczęcia aż do grobu jeszcze w krótce nie osiągniemy, jednak minimum tj. pomoc lekarską w nagłych wypadkach, w położnictwie, ostrych i przewlekłych chorobach zakaźnych oraz opiekę nad matką i dzieckiem musimy już dziś stworzyć. Nie negując znaczenia dla zdrowia publicznego, dla lekarzy i dla chorych dobrego szpitala, referent postawił na pierwszym miejscu dostarczenie wsi lekarzy, a później dopiero szpitali, których rozbudowa trwać musi z natury rzeczy znacznie dłużej. Obecny stan na wsi jest gorszym jeszcze, aniżeli przed niedawnym czasem, gdyż lekarze którzy osiedlili się na wsi w czasie wojny powrócili już do miast, nadto dużą liczbę lekarzy powołało wojsko do czynnej służby. Należałoby się zastanowić, czy słusznym jest zapewnienie żołnierzowi idealnej opieki lekarskiej, skoro pozbawia się równocześnie opieki lekarskiej jego rodziny i skoro nie leczy się na wsi chorób zakaźnych i wenerycznych! Zasadą powinno być pozostawienie w każdym powiecie, tych specjalistów, którzy są niezbędni dla zapewnienia ludności należytej opieki lekarskiej tj. chirurga, położnika, pediatry i wenerologa. Zresztą lekarze powołani do wojska mogliby być zajęci poza tym w Ośrodkach Zdrowia, w Ubezpieczalniach i Szpitalach; byłoby to nawet połączone i dla nich z pewną korzyścią, gdyż przez powołanie do wojska, rodziny lekarzy znalazły się w bardzo ciężkiej sytuacji.

Ponieważ dobrowolne osiedlanie się lekarzy we wsiach i miasteczkach zawiodło, należałoby skłonić ich do tego, stosując zamiast przymusu obowiązek osiedlania się we wskazanym miejscu, podobnie jak to ma miejsce, gdy osiedla się sędzia, nauczyciel, czy urzędnik państwowy. Lekarza, który nie spełnia żadnej czynności społecznej nie powinno się dziś tolerować. Natomiast filantropia lekarska powinna raz na zawsze zniknąć, gdyż każdy człowiek bez względu na swe zasługi i na swą pracę, ma prawo domagać się opieki lekarskiej i to nie od poszczególnego lekarza lecz od społeczeństwa. Żaden lekarz nie stanie się gorszym przez to, że będzie płatnym przez państwo a nie przez chorego, a zarzut że lekarz stanie się urzędnikiem nie przynosi nikomu ujmy. Nadużycia ze strony nieuczciwych jednostek zawsze będą się zdarzać.

Zachowanie praktyki prywatnej, która nie powinna być zniesiona nie zaszkodzi lecznictwu społecznemu. Przecież mimo to, że państwo zapewnia każdemu obywatelowi bezpłatną naukę w szkole, istnieją prywatne szkoły i prywatni nauczyciele. Trzeba będzie tylko pracę obecnie istniejących lekarzy pomnożyć przez dwa lub trzy a nawet ją uwielokrotnić aby zapewnić wszystkim opiekę lekarską. Lekarze powinni dziś wykonywać tylko te zabiegi, które wymagają ich kwalifikacji, pozostałe czynności należy przerzucić na personel pomocniczy. Lekarzom należy dostarczyć zmotoryzowanych środków lokomocji, gdyż szkoda czasu lekarzy na wielogodzinną jazdę furmankami do chorego.

Należy lekarzom ułatwiać pracę i stwarzać w Zakładach rozpoznawczych i leczniczych zespoły współpracujące lekarzy ogólnych ze specjalistami. Praca lekarza oparta o dobrze zaopatrzony szpital będzie bardziej wydajną. Lekarz nie powinien po ukończonych studiach osiedlać się tam gdzie mu się podoba, lecz tam gdzie go potrzeba i gdzie na niego czeka kompletnie wyposażony gabinet lekarski i mieszkanie. Ośrodki Zdrowia, które zdały egzamin życia należy przekształcić z instytucji o charakterze zapobiegawczym, które lecznictwo prowadziły w ukryciu w instytucje jawno-lecznicze, których celem jest zwalczanie chorób społecznych, opieka nad matką i dzieckiem i młodzieżą szkolną, oraz zapewnienie opieki lekarskiej w nagłych wypadkach. Dla osób, które muszą kilka dni pozostać w ośrodku winna być stworzona izba chorych, zwłaszcza jeżeli do szpitala powiatowego jest daleko. Ponieważ nie zastąpią one nigdy szpitala nie należy tej instytucji rozwijać i traktować ją tylko jako zło konieczne. Polikliniki są dobre tylko w dużych miastach, gdzie jest dostateczna liczba różnych specjalistów. Spółdzielnie zdrowia, jeżeli chcą zajmować się lecznictwem, mogą prowadzić Ośrodki Zdrowia, jednak lecznictwo spółdzielcze nie rokuje w Polsce rozwoju, gdyż opiera się ono tylko na wysoko uświadomionych ludziach i na ideowym lekarzu. Próba ze Spółdzielnią Zdrowia w Markowej nikogo nie może przekonać i mało jest w Polsce ludzi, którzyby chcieli walkę o zdrowie polskiej wsi oprzeć na spółdzielczości. Będąc realistą chce dr Kacprzak dać społeczeństwu taką opiekę lekarską na jaką nas stać; to minimum, które dziś proponuje, stanie się podstawą dla wprowadzenia w przyszłości powszechnej służby zdrowia. Idea służby zdrowia jest trwałą, zmieniają się tylko sposoby tej służby społecznej. Dawniej polegała ona na filantropii, dziś musi polegać na tym by każdy oddał swe doświadczenia wszystkim, którzy łakną opieki lekarskiej.

Prócz głównego referatu w którym dr Kacprzak ujął doskonale istotę zagadnienia opieki lekarskiej na wsi, tego samego dnia lekarze i inni działacze społeczni wygłosili krótsze referaty na tematy pokrewne dla uzupełnienia i dokładnego zobrazowania tego zagadnienia. I tak dr Rostkowski zreferował projekt lekarzy warszawskich Powszechnej służby zdrowia, dr Rudziński omówił szpitalnictwo wiejskie, dr Pietruszewski wygłosił referat na temat Ośrodków zdrowia w powiecie miechowskim, dr Broszkowski omówił transport w organizacji Opieki lekarskiej na wsi, mgr Ruszczykowski mówił o zagadnieniu dostarczeniu leku dla wsi, dr Kaczyński mówił o konieczności kształcenia sanitariuszy i zorganizowania apteczek wiejskich, piel. Dewiczówna omówiła pielęgniarstwo wiejskie, dr Suchanek mówił o ułatwieniu bytu lekarza na wsi, dr Prażmowski o obsłudze laboratoryjnej terenów wiejskich.

Następnego dnia mówił dr Kowalczewski o Opiece nad matką i dzieckiem, dr Telatycki o walce z gruźlicą, dr Szary o zwalczaniu gruźlicy na podstawach spółdzielczości (koreferat), dr Stępniewski o zwalczaniu chorób wenerycznych, dr Rostkowski o zwalczaniu jaglicy i zapobieganiu ślepocie, p. Ścibiorek o walce z alkoholizmem, dr Herman o opiece nad umysłowo chorymi, dr Baliniak i dr Stawiński o ubezpieczeniu pracowników rolnych.

Z referatów tych należy podnieść przede wszystkim oryginalny projekt dr Rostkowskiego i Rutkiewicza organizacji powszechnej służby zdrowia opartej na ośrodkach zdrowia i szpitalach powiatowych. Pierwszym etapem wprowadzenia Powszechnej służby zdrowia, w której powinni wziąść udział wszyscy lekarze i cały personel pomocniczy ma być bezpłatna opieka szpitalna dla chorego, któremu zagraża utrata zdrowia lub kalectwo. Zasadą naczelną powszechnej służby zdrowia jest zapewnienie bezpłatnej i całkowitej opieki lekarskiej łącznie z akcją zapobiegawczą, każdemu obywatelowi i walka z chorobami społecznymi dla podniesienia zdrowotności wszystkich obywateli. Zdaniem referenta Ubezpieczalnie Społ. powinny pozostać jako uzupełnienie tej akcji, oraz celem zorganizowania materialnej strony chorych pracowników. Oryginalnym pomysłem jest projekt zreformowania studiów lekarskich w kierunku możliwie wczesnej specjalizacji już w czasie studiów lekarskich pod kątem widzenia

potrzeb państwowej służby zdrowia. Wprawdzie projekt przewiduje że koszta powszechnej służby zdrowia poniesie skarb państwa, jednak referent oświadczył, że jest mu to zupełnie obojętne czy państwo ściągnie te koszta drogą podatków, czy też składek — chodzi tylko o to, czy grosz ten ma pozostać w kieszeniach obywateli, czy też ma być z nich wydobyty — by zarówno obywatele jak i państwo zyskali na zdrowiu obywateli. Tymczasem dziś część obywateli zwłaszcza część finansowo najsłabsza ginie z braku pomocy lekarskiej. Ażeby znieść już dziś wielotorowość lecznictwa społecznego dr Rostkowski proponuje utworzenie terenowych Rad koordynacji lecznictwa złożonej z przedstawiciela samorządu, Ubezpieczalni i przewodniczącego, przedstawiciela Min. Zdrowia. Dr Rudziński zwrócił uwagę na konieczność jak najszybszego odbudowania zniszczonych szpitali, przy czym powinno się uniknąć poprzednio robionych błędów. Przede wszystkim należy odbudowywać szpitale murowane mające co najmniej 50—100 łóżek, mniejsze szpitale nie mogą liczyć na poparcie Ministerstwa.

Zdaniem dra Rucińskiego szpital powiatowy powinien mieć co najmniej 100 łóżek, rentgen, aptekę, salę rekreacyjną, oddział zakaźny, przychodnie przy szpitalu oraz karetkę sanitarną dla przewozu chorych. Zasadą powinno być, że za osoby które od roku nie posiadają przynależności do gminy koszta leczenia szpitalnego zapłaci skarb państwa.

Dr Broszkowski podniósł, że brak koni na wsi zaostrzył problem transportu chorego do szpitala i dojazdu lekarza do chorego. Ponieważ ludzie na wsi nie rozumieją jeszcze, że w wielu wypadkach o skuteczności pomocy lekarskiej rozstrzyga czas, szczególnie przy wypadkach przy pracy, postrzałach, rażeniach piorunem itp. przeto każdy lekarz winien posiadać samochód.

Mgr Ruszczykowski stwierdził, że aptekarze dotąd osiedlali się pod kątem opłacalności apteki. Ażeby wypełnić braki aptek powinno się stworzyć już obecnie przy Ośrodkach zdrowia punkty rozdawnictwa leków, a w przyszłości dążyć do tego aby wszędzie tam gdzie jest lekarz znalazł się i aptekarz z lekiem. Każda gmina powinna posiadać apteczki z lekami dla pierwszej pomocy z której ludność mogłaby korzystać po godziwych cenach.

Dr Kaczyński poinformował zebranych o próbach podjętych w Parczewie, gdzie przeszkolono szereg dziewcząt i chłopców wiejskich w pracy sanitarnej dla niesienia pierwszej pomocy w nagłych wypadkach. Osoby te po przejściu 36 godzinnego kursu informacyjnego i praktyce w Ośrodku zdrowia, pracują w ten sposób, że informują Ośrodek zdrowia o tym co się dzieje we wsi, przeprowadzają kontrolę porządków sanitarnych w gromadzie, zgłaszają choroby zakaźne w Ośrodku zdrowia, udzielają porad w nagłych wypadkach, organizują transport chorego do szpitala i czuwają by chorzy na choroby społeczne leczyli się w Ośrodku zdrowia.

Do czasu powołania fachowego personelu, którego na wsi dziś brak ta organizacja zastępcza — zdaniem referenta — wywiązuje się ze swych obowiązków zadawalająco, gdyż sanitariusze ci dobrze pojęli swe zadania, pełnią je bezinteresownie, a w wypadkach wyjątkowych wykonują nawet zastrzyki podskórne.

Zdaniem dra Suchanka wszelkie próby podjęte dla poprawy obecnego stanu opieki lekarskiej na wsi, zmierzające do osiedlania się lekarzy na wsi spełzły na niczym, albowiem lekarze z jednej strony nie posiadają nastawienia społecznego, z drugiej, stoją temu na przeszkodzie brak lekarzy i szczególne warunki bytu i pracy lekarza na wsi, wreszcie brak odpowiednich placówek lekarskich.

Prymitywne warunki życia na wsi, odcięcie od ośrodków kulturalnych, ciężka praca bez pomocy personelu pomocniczego odstrasza wielu lekarzy od pionierskiej pracy i osiedlania się na wsi, gdzie nie czeka na niego gotowe już ambulatorium lekarskie. Aby temu zaradzić, dr Suchanek proponuje zreorganizować studia lekarskie w ten sposób, aby skrócić zbyt długie studia, wprowadzić do programu nauk społeczną medycynę, oraz umożliwić im już od 4-go roku medycyny decyzję czy dalej ma się kształcić na lekarza ogólnie praktykującego, czy też na specjalistę. Ponadto należałoby zapewnić lekarzowi na wsi warunki bytu na wyższym poziomie, płatne urlopy, szczególnie dla dokształcania się w ośrodkach uniwersyteckich w specjalnie zorganizowanym instytucie lekarzy.

Dr Rutkiewicz podniósł, że każdy lekarz posiada umiłowanie swego zawodu, jednakże na wsi lekarz nie ma możności współpracy ze specjalistą, ani też sposobności do dalszego doskonalenia się. Jeżeli zaistnieją na wsi dobre warunki leczenia chorych, lekarze chętnie będą się na wsi osiedlali. Problem opieki lekarskiej na wsi da się rozwiązać tylko w ramach Powszechnej służby zdrowia opartej na zasadzie jednotorowości, powszechności i bezpłatności lecznictwa społecznego. Referent zaproponował od zaraz bezpłatne leczenie szpitalne w chorobach zakaźnych, rozszerzenie już dziś ubezpieczenia chorobowego na wieś, by tą zdobycz klasy robotniczej udostępnić wsi i zapewnić przyszłej powszechnej służbie zdrowia środki finansowe, powołać Radę koordynacji lecznictwa, utworzyć wspólny związek pracowników służby zdrowia, ponadto zreformować studia lekarskie, stworzyć apteki samorządowe i wprowadzić planowe osiedlanie lekarzy, jednak z wykluczeniem przymusu osiedlania się lekarza, gdyż to nie prowadzi do celu.

Dr Telatycki zwrócił uwagę na zagadnienie gruźlicy na wsi i na konieczność rozwinięcia propagandy w celu uświadomienia dzieci i rodziców o niebezpieczeństwie gruźlicy. Należy wprowadzić naukę higieny w szkołach wiejskich z nauczaniem dzieci, jak chronić się przed gruźlicą. Zadania szkolne na temat warunków higienicznych chaty wiejskiej pozwoliłyby uzyskać wgląd w obecny stan sanitarny wsi i ilość chorych na gruźlicę w domach wiejskich. Gminne rady zdrowia powinny utrzymywać ścisły kontakt z Ośrodkami zdrowia, przeprowadzać kontrolę osób przyjeżdżających do wsi, przeprowadzać izolację osób niebezpiecznych dla otoczenia i przeprowadzać rozdział leków.

Wszystkich ludzi wyjeżdżających ze wsi do wojska, czy do miasta za zarobkiem powinno się szczepić ujemną szczepionką *BCG*. Przychodnie przeciwgruźlicze, które powinny być subsydiowane przez Ubez. Społ. muszą być tak zorganizowane by mogły dopełniać odmę założoną choremu w szpitalu. W stolicy zostanie utworzony instytut przeciwgruźliczy, który będzie szkolił lekarzy na specjalistów do walki z gruźlicą. Na najbliższą przyszłość potrzeba nam 600 stałych poradni przeciwgruźliczych, 600 rejonowych i 600 ruchomych.

Dr Stępniewski stwierdził, że od czasu wyłączenia pracowników rolnych z ubezpieczenia chorobowego lekarz wenerolog stracił zupełnie kontakt ze wsią. Tymczasem niebezpieczeństwo chorób wenerycznych na wsi wzmogło się jeszcze, wobec czego należy skoordynować akcję zwalczania chorób wenerycznych z bezpłatną akcją leczniczą i prowadzić ją przez Min. Zdrowia w odniesieniu do ludności wiejskiej równolegle do akcji prowadzonej wśród żołnierzy.

Dr Rostkowski omówił akcję zwalczania jaglicy — choroby której szerzeniu się sprzyjają warunki bytu ludności wiejskiej. Przedwojenna akcja ruchomych kolumn przeciwjagliczych oparta na 700 przychodniach przeciwjagliczych z lekarzami przeszkolonymi do walki z jaglicą stała na wysokości zadania, natomiast akcja zapoczątkowana przez okupanta nie dała żadnych efektów.

Niemcy byli w tej mierze zupełnymi ignorantami, zresztą o istotnej walce z jaglicą nie myśleli. Wobec pogorszenia przez wojnę tego stanu, należy na nowo przeszkolić lekarzy do walki z jaglicą i stworzyć jaknajwięcej przychodni, rozmieszczonych jak najbliżej miejsca zamieszkania chorego.

Dr Stawiński Naczelny Dyrektor Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stwierdził, że stan zdrowotny wsi jest chwilowo najaktualniejszym zagadnieniem społecznym, ponieważ duża śmiertelność niemowląt, szerząca się gruźlica i choroby zakaźne przerzedzają ludność, a duży odsetek osób ułomnych i kalek stanowi poważne obciążenie dla reszty społeczeństwa. Wieś jest rezerwuarem ludnościowym dla całego państwa — zagadnienie więc zdrowia wsi stało się zagadnieniem ogólnopaństwowym. Zastanawiając się nad pytaniem czemu dotąd nie zostały udostępnione wsi tego rodzaju zdobycze kulturalne jak Ubezpieczenia Społeczne dochodzi do przekonania, że winę ponoszą tu odmienne warunki bytowania na wsi. Duże skupienie ludności na małej przestrzeni ułatwiło zorganizowanie ubezpieczenia chorobowego w miastach, których kultura materialna zachęcała ludzi do osiedlania się w mieście. Pewną rolę odegrała tu także struktura społeczna wsi, albowiem ubezpieczenia społeczne powstały dla ludności żyjącej z pracy najemnej, dlatego też ludność wiejska i właściciele drobnych warsztatów pracy nie podpadali nigdy pod ustawę o ubezpieczeniu społecznym.

Pracownicy rolni w drobnych gospodarstwach nie podlegali ubezpieczeniu chorobowemu, zaś ustawa z roku 1933 wyłączyła z ubezpieczenia chorobowego pracowników rolnych zatrudnionych dotąd w gospodarstwach dużych i wzamian za to dała im leczenie na koszt pracodawcy. Odtąd też ustala zupełnie planowa opieka lekarska na wsi, wartość fizyczna

poborowych obniżyła się, gdyż z dobrowolnego ubezpieczenia korzystały tylko jednostki bardziej uświadomione. Zakład Ubezpieczeń Społecznych chętnie może służyć ludności wiejskiej swymi doświadczeniami, uważa jednak że pomoc lekarska dla wsi nie może być wprowadzoną kosztem obniżenia poziomu lecznictwa społecznego w miastach. Konieczny jest zgodny wysiłek wszystkich czynników Min. Zdrowia, Opieki Społecznej i organizacji samorządowych.

Nie przesądzając wyników zjazdu, sądzi, że należy dążyć do udostępnienia pomocy leczniczej ludności wiejskiej na podstawie umów z Ubezpieczalniami Społecznymi, gdyż łatwiej rozbudować istniejącą organizację niż stworzyć nową.

Lecznictwo to powinno być oparte na istniejących Ośrodkach zdrowia i winno być połączone z punktami rozdawnictwa lekarstw. Jeżeli gminny Ośrodek zdrowia będzie posiadał higienistkę — położną, to lekarz może tam dojeżdżać kilka razy w tygodniu. Przerzucanie kosztów pomocy leczniczej dla wsi na skarb państwa nie jest właściwym rozwiązaniem i należy wszystkich korzystających z opieki lekarskiej pociągnąć do ponoszenia kosztów tej opieki, najlepiej drogą płacenia składek.

W dyskusji zabierali głos liczni mówcy, którzy wypowiadali się za spółdzielczą organizacją pomocy lekarskiej dla wsi i przeciw.

Interesujące były wywody dra Szarego, który proponował by państwo przejęło na siebie utrzymanie szpitali powiatowych. Odciążony w ten sposób samorząd obróciłby swe oszczędności na organizację życia spółdzielczego i Spółdzielnie Zdrowia, których mówca był niezwykle inteligentnym obrońcą.

Natomiast dr Telatycki sądził, że Spółdzielnię zdrowia należy tolerować tylko do pewnego czasu jako akcję partyzancką w walce o zdrowie wsi. Chłop chce widzieć doraźne wyniki wydanych pieniędzy i dlatego nie będzie wydawał pieniędzy Spółdzielni na akcję zapobiegawczą. Tylko samorząd może być w stanie, gdy państwo okrzepnie zająć się celowo zdrowiem społeczeństwa i na niego należy włożyć ten ciężar. Jeżeli samorząd znajdzie się w złej sytuacji państwo winno mu pomódz.

Największą groźbą dla egzystencji Min. Zdrowia jest rozszerzenie kompetencji Ubezp. Społ. chociaż zasługi ich w zakresie zorganizowanego lecznictwa są bezporne. Tylko wyniki akcji przeciwgruźliczej, które zaobserwował przyniosły zdaniem mówcy — więcej szkody niż korzyści, gdyż własne poradnie Ubez. Społ. były gorsze od innych. Należałoby rozgraniczyć ideę lecznictwa od idei ubezpieczeń — samorządy powinny leczyć, ubezpieczalnie tylko ubezpieczać na wypadek niezdolności.

Mocnym głosem wołał o nowe uczelnie lekarskie, o fundusze na naprawę szpitali, o auta ciężarowe i sanitarne, inż. Wyszomirski jeden z entuzjastów Spółdzielni leczniczych. „Jeżeli czynniki rządzące nie dostarczą aut dla przewozu chorych, to widocznie nie dbają o zdrowie narodu".

Dr Rudziński był zdania, że przejęcie szpitali przez państwo wymaga zmiany ustawy — co jest dłuższą drogą, prędzej osiągniemy cel jeżeli się uzdrowi gospodarkę samorządową. Jeżeli samorządy nie płacą obecnej minimalnej taksy szpitalnej za swych chorych w jaki sposób będą mogły utrzymać własne szpitale?

Koszta leczenia ubogich chorych winny być rozłożone na samorząd gminny, powiatowy i na skarb państwa. Gdybyśmy chcieli oprzeć lecznictwo szpitalne na spółdzielczości musielibyśmy je od razu zamknąć.

Dr Ciećkiewicz stwierdził, że omawiane od dwu dni zagadnienie streszcza się do zapewnienia bezpłatnej opieki lekarskiej całej ludności państwa w dalszej przyszłości i do zapewnienia opieki lekarskiej ludności wiejskiej już obecnie. Jeżeli chodzi o ludność wiejską to należy ją podzielić na samodzielnych gospodarzy z ich rodzinami i na osoby pozostające w stosunku pracy najemnej. Wszyscy musimy się zgodzić, że osoby zaliczone do drugiej grupy muszą korzystać nie tylko z opieki lekarskiej lecz i z ubezpieczenia wypadkowego, na starość i na wypadek braku pracy, powinny więc podlegać ubezpieczeniu społecznemu w pełnym zakresie. Także pierwsza grupa złożona z około 5,000.000 samodzielnych gospodarzy może korzystać z ubezpieczenia chorobowego drogą ubezpieczenia, jak to zaproponował przed dwoma tygodniami na Zjeździe Lekarzy Naczelnych w Łodzi i jak to niezależnie od niego proponuje warszawska grupa demokratycznych lekarzy z kol. Rostkowskim i Rutkiewiczem na czele, albo na zasadach analogicznych do planów Beveridge'a. Ten największy dziś teoretyk i znawca ubezpieczeń nie poszedł utartą drogą niemieckich wzorów ubezpieczeń przyjętych dziś prawie przez wszystkie państwa europejskie, lecz znalazł własne oryginalne rozwiązanie problemu ubezpieczeń społecznych.

Zasadą tego planu jest nie tylko zabezpieczenie całej ludności przed wszystkimi ryzykami losowymi, lecz równa wysokość rent i zasiłków na wypadek bezrobocia, choroby, wypadku i starości w wysokości przewyższającej minimum egzystencji, na podstawie jednolitej składki ubezpieczeniowej, płaconej przez wszystkich a nawet przez tych, którzy nie zajmują się żadną pracą. W naszym przypadku chodzi nam o jedno tylko świadczenie tj. o opiekę lekarską na podstawie składki ubezpieczeniowej płaconej przez całą ludność wiejską sklasyfikowaną według ich zdolności płatniczych. Przyjmując, że wieś pragnie pomocy lekarskiej i chce za nią w sposób godziwy zapłacić, musimy utworzyć fundusz ubezpieczenia chorobowego ludności wiejskiej i oddać go w administrację Min. Zdrowia odpowiedzialnego za zdrowie narodu. Gdyby ten fundusz został zwiększony przez wkład samorządu w wysokości nie większej jak 25% i wkład skarbu państwa nie większy niż 15% — opieka lekarska dla wsi byłaby zapewniona. Z doświadczenia wiemy, że jeżeli Min. Zdrowia wystąpi na Radzie Ministrów z projektem powszechnej służby zdrowia i zarząda na ten cel 100,000.000 zł miesięcznie, to Min. Skarbu nie wykaże dla tego projektu zainteresowania, natomiast jeżeli Min. Zdrowia wystąpi z projektem utworzenia funduszu pochodzącego w 60-ciu % ze składek obywateli, Min. Skarbu zainteresuje się projektem choćby ze względu na możliwość lokaty tego funduszu i pożyczek z funduszu rezerwowego.

Dr Ciećkiewicz sądzi, że tylko oparcie projektów Powszechnej Służby Zdrowia o fundusze gromadzone drogą składek zapewni wprowadzenie w życie projektu i da tej organizacji trwałe podstawy.

Niektórzy mowcy apelowali do Min. Aprowizacji i Handlu zwracając uwagę na niezwykle ciężkie warunki bytu ludności chłopskiej nad Wisłą, która do dziś jeszcze mieszka w ziemiankach. Wielu mowców podnosiło konieczność stworzenia na wsi lekarzowi warunków bytu takich, któreby go zachęciły do osiedlania się na wsi, a więc mieszkanie, środek lokomocji, kontyngent na życie i kontyngent drzewa opałowego. Dr Piekarski radził wykorzystać doświadczenie województw zachodnich, gdzie leczenie zorganizowane pracowników rolnych najdłużej istniało. Należy wprowadzić izby chorych dla rodzących oraz skrzynie z przyborami potrzebnymi do porodu, któreby organizacje kobiece mogły rodzącym wypożyczać. Dr Rutkiewicz omówił swój projekt zniesienia wielotorowości przez skierowanie wszystkich torów lecznictwa w jednym kierunku kierowanym przez terenowe Rady Koordynacji lecznictwa pod nadzorem przedstawiciela Min. Zdrowia. Dr Salak wzywał do zkoordynowania wysiłków i do wyścigu pracy różnych organizacji pod kierunkiem Min. Zdrowia. Dr Anselm stwierdził, że do wykonania zamierzań Powszechnej Służby zdrowia są potrzebni fachowcy i pieniądze. Pomoc lecznicza będzie upowszechnioną jeżeli już dziś koszty leczenia zakładowego umysłowo chorych przejmie w połowie skarb państwa, jedną czwartą wydział wojewódzki, 1/4 wydział powiatowy samorządu terytorialnego, jeżeli się obniży taksę szpitalną dla chłopa i nieubezpieczonego rzemieślnika, jeżeli się wprowadzi podatek szpitalny, jeżeli zarządy gmin przewidzą w swoich budżetach kwoty na pokrycie kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego ubogich chorych i na leki dla nich, jeżeli Ośrodki zdrowia zostaną zreformowane i jeżeli do ich programu włączy się lecznictwo, jeżeli w każdej gminie wiejskiej będzie położna, bez której zaświadczenia położnica nie uzyska metryki dla dziecka i jeżeli szkoły wyposaży się w apteczki podręczne dla nagłych wypadków. Podnoszono też, że większość lekarzy powołanych do służby wojskowej nie jest należycie wykorzystaną i że ma tam „lekkie życie" i że gdyby nie los rodziny pozbawionej wówczas środków utrzymania nie jeden lekarz poszedłby chętnie do wojska dla odpoczynku. Służba zdrowia musi być z natury rzeczy deficytową i musi wymagać pokrycia. Nikt na to nie poradzi i bez lekarzy i bez pieniędzy, nikt tego nie potrafi zorganizować. Chodzi o to żeby Zjazd przedstawił sferom rządowym i politykom sprawę dziś bardzo ważną tj. zdrowia obywateli, o których mówiły dotąd niechętnie słuchane sfery lekarskie.

Wszyscy jesteśmy przepojeni troską o byt narodu i pragniemy gorąco należytego rozwiązania zagadnienia polityki zdrowotnej państwa, gdyż obecne stosunki są niepokojące.

Zjazd, w którym wzięli udział nie tylko lekarze lecz i działacze chłopscy zjednoczeni troską o zdrowie narodu był niezwykle ciekawy i dostarczył Min. Zdrowia wiele interesującego materiału dyskusyjnego, zebranym zaś przedstawił całokształt zagadnień związanych z organizacją opieki lekarskiej na wsi i z przyszłą Powszechną Służbą Zdrowia.

Organizacja Zjazdu i sposób prowadzenia obrad były doskonałe.

Dr M. Ciećkiewicz

OCENY

Dr JERZY POGONOWSKI — Kraków

Człowiek nauki taki, jakim był

Pamiętniki prof. U. J. Fryd. Hechla, wyd. z rękop. oraz zaopatrzył przedmową, przypiskami i skorowidzem Wład. Szumowski. T. I Młodość, studia i podróże 1794—1832 Kraków, 1939 str. XIX+268. T. II W wolnym mieście Krakowie 1834—46 Kraków, 1939, str. 467. (Gebethner i Wolff). Tom 3-ci, niewydany jeszcze, objąć ma pięć lat ostatnich życia Hechla w Krakowie, przyłączonym do Austrii.

Hechel opieczętował był swe pamiętniki i zalecił wydać je po latach 50, gdyby to zaś uznano za przedwczesne, prosił poczekać drugich lat 50. Wykonawcą testamentu w tej mierze został prof. Szumowski, następca Hechla na katedrze krakowskiej (Hechel wykładał historię medycyny, medycynę sądową i policję lekarską).

Autor ciekawych tych ze wszech miar pamiętników, o których wspominał już dawniej uczony jego wydawca, dwakroć uprzednio występując z pracami o Hechlu był również autorem ciekawych prac fachowo lekarskich po polsku i po łacinie, m. inn. o Wojciechu Oczce i łacińskich wykładów historii medycyny i policji lekarskiej. (Rękopisy liczne Hechla są w Bibliotece Jagiellonskiej i świadczą dodatnio o zainteresowaniach autora). Był on też długo członkiem dyrekcji teatru, w r. 1844 posłem na Sejm, w latach zaś 1849—51 radcą konsystorza ewangelickiego.

Leczył głównie znajonych — i to bezinteresownie.

Sam pochodził ze sfer niskich i był biedny, słuchał we wszechnicy wileńskiej Grodka i Lelewela, poczym, namówiony przez niejakiego Straszewicza, wybrał się z nim za granicę i spędził tam pięć lat.

Sam też odbył samodzielną, oryginalną podróż do Laponii, a także do Włoch.

Nawiązawszy romans z panią Wimmel, ożenił się z nią następnie.

W pamiętnikach, w których odzwierciedlił swe życie barwnie i ze szczerością, dał również sylwetki wielu mu współczesnych lekarzy, czym przypomina wiedeńsko-wileńskiego Franka, tymbardziej, że opisał też poniekąd świat artystyczny (np. śpiewaczkę Mauricę).

Zapewne niejednemu podobać się będą pamiętniki jego jeszcze bardziej od frankowskich — sam Hechel też może czyni sympatyczniejsze wrażenie, niż uczony jego kolega niemiecki. Ponadto pamiętniki jego, w których występuje wyraziście, z wdzięczną, ujmującą prostotą przedstawiony człowiek nauki, jakim był, zarazem działacz w szerszym tego słowa znaczeniu, przepojone są lojalnym, patriotycznym nastrojem polskim — i widać, jak Hechla bolał los Ojczyzny *sensu stricto* i Krakowa w szczególności.

Zamykając karty tej księgi, ciekawej, cennej, za której wydanie należy się osobliwa wdzięczność prof. Szumowskiemu,—odczuwa się żal, że się skończyło tą interesującą lekturę i pragnie się dalszego jej ciągu.

Rzecz wydano ładnie, z sympatyczną podobizną Hechla.

W stosunku do wartości tej publikacji — cena jej (300 zł) jest niska, co ją też zaleca.

Należy więc przewidywać dużą jej poczytność, tak w kołach fachowych, lekarskich, jak i w szerszych kołach społeczeństwa, zwłaszcza krakowskiego, wśród którego działał i upamiętnił się Fryd. Hechel.

Kraków, w sierpniu 1945

ŚWIAT LEKARSKI W CZASIE OKUPACJI I NA PRZEŁOMIE

CZERNECKI sekretarz T-wa — Kraków

Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe w czasie okupacji i na przełomie

6 czerwca b. r. minęło 54 lat nieprzerwanej działalności Krakowskiego Ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności Towarzystwo przetrwało okres wojny i okupacji niemieckiej pod własnym zarządem. Rozporządzenie przejęcia Towarzystwa przez Niemiecki Czerwony Krzyż udało się przewlekaniem uchylić. Celem uśpienia uwagi władz okupacyjnych nie zwoływano przez okres 5 lat walnego zebrania członków ani nie jednano członków wspierających.

W okresie wojny Towarzystwo straciło wielu swoich członków i pracowników: prezesa Dra Maciąga Adama, wiceprezesa Dra Kosińskiego Mieczysława, Dra Banneta Arnolda, Inż. Polaczek-Korneckiego Tadeusza, Dra Preissa Witolda, Dra Hochbauma Ignacego i Dra Żaka Rudolfa. W dniu 18 stycznia b. r. w chwili wkraczania pierwszych patroli radzieckich do miasta zginęli w służbie wskutek

ostrzeliwania karetki na ul. Lubicz długoletni szofer Veranemann Augustyn i sanitariusz Pułka Józef — śmiertelne rany poniosły Mgra Czernecka Wanda i przewożona do szpitala, uprzednio już ranna na ulicy Studnicka Aniela. Z życiem uszedł jedynie ranny w nogę sekretarz Towarzystwa Czernecki.

Skutkiem wypadków wojennych ilość członków Wydziału interesujących się sprawami Towarzystwa spadła do 4. W dniu 30 czerwca b. r. zwołano walne zebranie członków, które wybrało nowe władze Twa. Członków wspierających liczy Two obecnie znikomą wprost w stosunku do liczby mieszkańców Krakowa ilość 359. Okres okupacji zamknięto nadwyżką dochodów nad wydatkami w kwocie 120.206 złotych. którą złożono do depozytu i dotąd nie zdołano z powrotem odzyskać. Wprost tragicznie natomiast przedstawia się sprawa karetek. Największą i najlepszą część taboru straciliśmy w 1939 r. W styczniu b. r. straciliśmy najlepszą sanitarkę „Chevrolet“ i zostaliśmy z 3 zakupionymi jeszcze w r. 1941. sanitarkami D. K. W., których remonty wskutek braku części zamiennych sprawiają coraz większe trudności. Miejski Wydział Zdrowia względnie Miejskie Zakłady Sanitarne nie rozporządzają wogóle żadnym samochodem sanitarnym. Uznając ciężkie położenie materialne pracowników zarząd wypłacał w czasie okupacji kilka razy do roku bezzwrotne zaliczki, obecnie wypłaca dodatek wojenny, opłaca za pracowników ubezpieczenia społeczne i podatek od uposażeń, utrzymuje bezpłatną stołówkę.

Praca na Pogotowiu Ratunkowym w czasie okupacji była niesłychanie ciężką — porozumiewanie się z najeźdźcą w obcym języku, bezwzględne wymagania poparte groźbami więzienia, zły stan samochodów, ograniczone przydziały benzyny, wszystko utrudniało tą trudną nawet w warunkach pokojowych pracę. Dzięki ofiarnej pracy całej swej załogi Towarzystwo wywiązało się należycie z powinności ciążących na nim względem społeczeństwa i dobrze spełniło swoje zadanie.

Ogółem od założenia Twa udzielono pomocy w 422.759 przypadkach, w okresie lat wojennych w 95.748 wypadkach, — na poszczególne lata ilość ta rozkłada się następująco: 1939 — 25.411 przypadków, 1940 — 15.297, 1941 — 16.979, 1942 — 14.968, 1943 — 12.532 i 1944 — 10.561. W okresie wojny statystyka wykazuje zatem ciągły spadek interwencji; obecnie ilość interwencji z miesiąca na miesiąc wzrasta. Ciekawie przedstawia się ilość zamachów samobójczych w okresie okupacji: 1939 — 178, 1940 — 146, 1941 — 173, 1942 — 126, 1943 — 85 i 1944 — 79 przypadków, razem za cały ten okros 787 zamachów samobójczych. Ilość wypadków ulicznych spowodowanych przez auta, tramwaje itp.: 1939 — 27, 1940 — 537, 1941 — 515, 1942 — 372, 1943 — 519 i 1944 — 512 razem 2482 wypadków ulicznych. Do liczb powyższych nie włączono pomocy, którą lekarze Towarzystwa udzielali codziennie po powstaniu warszawskim wysiedlonym na dworcu kolejowym i w przychodni urządzonej przez Two przy ul. Lubicz 9.

Dr WŁ. ISSAJĘWICZ Kraków—Kobierzyn

Losy Państwowego Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie z czasów okupacji i po przełomie

Stan Zakładu w chwili wybuchu wojny przedstawiał się następująco: przeszło 1000 chorych rozmieszczonych w 17 pawilonach, dostateczna opieka lekarska (6 lekarzy i 3 absol. medycyny), liczny personel pomocniczy (około 200 osób), obfite wyposażenie tak pod względem urządzenia, aprowizacji jak i środków leczniczych. Działania wojenne 1939 r. wyrządziły stosunkowo niewiele szkód; został uszkodzony pociskiem armatnim jeden pawilon. Chorzy od wystrzałów armatnich i od bomb rzuconych na pobliskich terenach nie ucierpieli, jedynie z personelu pomocniczego została lekko zraniona jedna osoba.

Ponieważ ze strony władz zwierzchnich nie było żadnego zarządzenia co do ewakuacji Zakładu, została tylko wywieziona kasa wraz z depozytami chorych do Lwowa celem zabezpieczenia.

Wojsko niemieckie stacjonowało w Zakładzie przez 2 dni, od 6. IX. do 8. IX. 1939 r. Przy odejściu, zabrało różne cenniejsze przedmioty z Zakładu, w tym wszystkie maszyny kancelaryjne, część środków leczniczych i artykułów sanitarnych z apteki.

Do 20. XI. 1939 r. władze niemieckie zupełnie nie interesowały się Zakładem. Zakład prowadził swą dotychczasową działalność i liczył przeszło 1000 chorych, ale był zdany na własne siły. Był to ciężki okres; pieniędzy nie było, T. W. S. we Lwowie, od którego Zakład pobierał dotacje już nie istniał, koszty leczenia nie wpływały, środki żywności nie zasilane nową dostawą, były na wyczerpaniu. Udało się jednak przetrwać i zapewnić chorym najniezbędniejsze potrzeby tylko dzięki bardzo oszczędnej gospodarce i ofiarnej pracy ówczesnych pracowników.

Dnia 20. XI. 1939 r. zjechał do Zakładu dyrektor Szpitala św. Łazarza w Krakowie dr Giller i zapowiedział przejęcie Zakładu przez władze niemieckie. Równocześnie przeprowadził badanie personelu co do pochodzenia aryjskiego, w wyniku którego usunięto jedną osobę z personelu lekarskiego. Na drugi dzień przybył komisarz wyznaczony przez władze okupacyjne i objął administrację Zakładu. Dotychczasowy personel pozostał, życie Zakładu w tym okresie nie uległo większym zmianom.

Z końcem maja 1940 r. został zamianowany dyrektorem Zakładu Zweck „dyplomowany“ kupiec. W związku z tym moja dotychczasowa działalność, jako pełniącego obowiązki dyrektora została ograniczona wyłącznie do czynności lekarskich z tytułem lekarza naczelnego. Warunki aprowizacyjne w tym okresie nie wiele się poprawiły, wobec czego wzmogła się śmiertelność wśród chorych.

W październiku 1940 r. został usunięty Zweck a kierownictwo Zakładu objął urzędnik Warszawskiego Wydziału Zdrowia (Gesundheitswesen) Aleksander Kroll i sprawował je do września 1942 r.

Pod jego rządami zaszły poważne zmiany na niekorzyść chorych; racje żywnościowe systematycznie zmniejszano, żydom przydzielono tylko 50 gr. chleba dziennie a aryjczykom 75 gr. Nadto chorzy pracujący byli żywieni kosztem niepracujących. Dla niepracujących chorych całodzienne wyżywienie nie przekraczało 1000 kalorii — pracujących dochodziło zaledwie 1200 kal. Tłuszczu wydzielano tylko 1 kg dziennie na przeszło 1200 osób. Że te warunki stale zwiększały śmiertelność wśród chorych, dowodzą następujące cyfry: Kroll zastał w Zakładzie przeszło 900 chorych — 300 chorych przywieziono d. 23. X. 1940 r. z Warty, przyjęć miesięcznych było do 50 osób, a po niecałych dwu latach w chwili likwidacji Zakładu pozostało tylko 537 chorych w Zakładzie i 30 chorych w Kalwarii-Zebrzydowskiej. W ten sposób Kroll przygotowywał Zakład do innych celów, zgodnie z instrukcjami swoich władz.

Od samego początku okazywali Niemcy podziw dla Zakładu i bardzo ubolewali, że służy tak „nieproduktywnym" celom, jak opiece nad umysłowo chorymi, i systematycznie zmniejszano ilość chorych. W sierpniu 1941 r. wywieziono wszystkich chorych Żydów do Otwocka.

We wrześniu 1941 r. wydzierżawił Kroll Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych dwa pawilony dla gruźlików, które otrzymały nazwę „Sanatorium w Skotnikach. Prawdopodobnie cały Zakład zamierzano przekształcić na inny szpital, lecz i ten projekt przed czasem uległ zmianie. W maju 1942 r. Zakład przejęła partia hitlerowska na obóz ćwiczebny dla młodzieży. W związku z tym w drugiej połowie czerwca 1942 r. przygotowano zupełną likwidację Zakładu; chorych gruźliczych wysłano do rodzin, bardzo słabych do innych szpitali. Usunięto lekarzy i personel pielęgniarski sanatoryjny.

18 czerwca 1942 r. zostałem wezwany wraz z kolegami do dyrekcji, gdzie wręczono nam dekrety przeniesienia do Zakładu w Drewnicy pod Warszawą z przymusowym przesiedleniem do 3 dni. Zakomunikowano nam, że z tą chwilą opiekę nad pozostającymi chorymi w Zakładzie obejmują lekarze niemieccy. Równocześnie wzbroniono nam wstępu na oddziały chorych, zażądano wydania historii chorób i kluczy oddziałowych. 21 czerwca 1942 r. opuściliśmy Zakład i wyjechaliśmy do Warszawy. Z przebiegiem likwidacji zapoznałem się dopiero po powrocie do Zakładu w lutym 1945 r.

Dnia 22 czerwca 1942 r. usunięto ks. kapelana i siostry pielęgniarki. 23. I. 1942 r. wydano zarządzenie, aby od godz. 13-tej do 7-ej rana następnego dnia nikt z pracowników i członków ich rodzin nie opuszczał mieszkania. Równocześnie zebrano i zamknięto personel dozorujący chorych, pozostawiając na każdym oddziale po dwóch. Około godz. 15-ej personel niemiecki rozpoczął autami odwozić chorych z oddziałów do przygotowanych wagonów, a pozostałe na poszczególnych oddziałach polskie posterunki pod eskortą odprowadzano do miejsca skoszarowania. Chorzy ci jak się później wyjaśniło zostali wywiezieni do Oświęcima. Kilkadziesiąt najsłabszych chorych z oddziałów infirmeryjnego i zakaźnego zgładzono na miejscu, a zwłoki ich wieczorem tego dnia pochowano we wspólnym grobowcu na cmentarzu zakładowym.

Od września 1942 r. rozpoczęto gruntowną przebudowę Zakładu dla potrzeb rozmieszczonego w nim szpitala SS. Przebudowie uległy wszystkie pawilony chorych z wyjątkiem zakaźnego, oraz większość mieszkań funkcjonariuszy Zakładu, których w marcu 1943 r. wysiedlono do wsi Kobierzyn. Wyjątkowo nie zdążono przebudować kaplicy i mieszkania sióstr.

Ogólna ewakuacja Zakładu (chorych i urządzeń) odbywała się w ostatnich miesiącach okupacji od 24 lipca 1944 r. do stycznia 1945 r. Wywieziono wówczas wszystkie urządzenia i przyrządy pracowni naukowej, bibliotekę lekarską, całe urządzenie apteki, meble oddziałowe, bieliznę i pościel, wyposażenie kuchni, urządzenia warsztatowe itp. Przedtem jeszcze zostały wywiezione wszelkie akta biurowe i archiwum.

Władze polskie objęły Zakład 22 stycznia 1945 r. Wezwany przez Urząd Wojewódzki w Krakowie do objęcia kierownictwa, powróciłem do Zakładu 15 lutego 1945 r., gdzie już zastałem większość przedwojennych pracowników. Niestety, nie wszyscy wrócili na swe posterunki, gdyż wojna i okres okupacji wyrwały ich spośród żyjących ze stratą dla Zakładu. Powołani do służby wojskowej rozkazem mobilizacji: Krzysiek Michał, dozorca chorych zginął na skutek odniesionych ran, Starowicz Jan, dozorca chorych i Królik Stanisław, stróż nocny zaginęli. W 1944 r. w czasie powstania warszawskiego zginął ordynator Zakładu dr Julian Dretler.

W marcu na polecenie Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia przygotowano 3 baraki (pozostałość po Niemcach) na przyjęcie 300 chorych. W oczekiwaniu na przybycie chorych, Zakład został zajęty przez Szpital Sowiecki dla rannych dnia 28 marca 1945 r.

Stan ten trwa do chwili obecnej.

Kobierzyn, dnia 25 sierpnia 1945.

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 20 czerwca 1945 r.

Dr Lejman (z Kliniki dermatologicznej U. J.) przedstawił przypadek zmian skórnych w przebiegu *lymphadenosis aleucaemica*.

Chory l. 68 z zawodu rolnik, wzrostu średniego, budowy prawidłowej żadnych chorób rzekomo nie przechodził; w r. 1918 kontuzja kręgosłupa z przejściowym niedowładem nóg.

Dziedziczność (—). Pije b. rzadko, nie pali.

Przed 2-ma laty pojawiło się zaczerwienienie na końcu nosa tudzież zasinienie grzbietów palców obu rąk, zwiększające się stopniowo; od ubiegłej zimy pojawiły się zmiany na policzkach i na małżowinach usznych tudzież na grzbietach i palcach nóg.

Stan obecny: swoiste zmiany naciekowe rozmieszczone są symetrycznie na twarzy obejmując nos, gdzie zacierają jego kontury, tworząc guz, następnie policzki w częściach sąsiadujących z nosem, powieki dolne, częściowo górną prawą, tudzież małżowiny uszne. Poza tym nacieki widoczne są na grzbietach obu rąk i palców, w mniejszym stopniu na grzbietach i palcach stóp.

Nacieki mają sino czerwoną barwę, konsystencję miękką, jednak dość elastyczną; na ich powierzchni widoczne są liczne rozszerzone skórne naczynia krwionośne; ciepłota objętych na-

ciekiem partyj w stosunku do skóry zdrowej wyraźnie obniżona; konsystencja nacieków na palcach i grzbietach rąk bardziej luźna — skóra okazuje tutaj wyraźne zmiany atroficzne.

Gruczoły chłonne ogólnie powiększone, twarde, elastyczne, niebolesne, podszczękowe wielkości ziaren boku i większe, karkowe i szyjne wielkości grochu, pachowe i pachwinowe wielkości bobu. Poszczególne gruczoły tworzą w okolicy podszczękowej, pachowej i pachwinowej pakiety, przesuwalne względem skóry i podstawy.

Zwraca uwagę skłonność do podbiegnięć krwawych w skórze zdrowej — nawet po nieznacznych urazach.

Błona śluzowa jamy ustnej i gardła bez zmian.

Narządy jamy brzusznej: wątroba w linii sutkowej sięga na 2 palce poniżej łuku żebrowego. Śledziona macalna, nieco powiększona.

Badanie moczu wykazuje stosunki prawidłowe.

Opadanie krwinek: po 1^h —15, po 2^h —45, średnia 18,75.

Odczyny serologiczne kiłowe ujemne.

Pewne wątpliwości rozpoznawcze, jakie się w danym przypadku nasuwały w związku z obrazem klinicznym dotyczyły przede wszystkim 2-ch spraw chorobowych: zmian białaczkowych skóry i choroby Besnier-Boeck'a; w toku następnych badań zostały one szybko wyjaśnione na korzyść białaczki: już w czasie sporządzania wycinka próbnego z miejsca objętego naciekiem, po zabarwieniu eksprymatu wycinka stwierdzono, że każde pole widzenia jest po prostu usiane limfocytami i to na ogół jednolitego typu; pośród komórek nacieku zwraca uwagę obecność eozynofilów w odsetku większym niż we krwi obwodowej. Badanie histologiczne wycinka wykazało obraz charakterystyczny dla zmian białaczkowych skóry, a mianowicie obecność w skórze masywnego nacieku limfocytowego, sięgającego aż do warstwy brodawkowej skóry; brodawki skóry wygładzone; warstwa rozrodcza naskórka ścieńczała do kilku warstw.

Badanie krwi obwodowej wykazało, że mamy tu do czynienia z postacią aleukemiczną białaczki: przy leukocytozie 10.200 istnieje limfocytoza względna: 66%. Hb M 102%. C. czerw. M 4.286.000. Index = 1.19. Obraz krwi: wielojądrzastych obojętno-chłonnych 22%, pałeczkowych 4%, limfocytów 66%, monocytów 4%, eozynofilnych 3%, bazofilnych 1%. Ilość płytek krwi wg. Fonio wynosi 136.000 w 1 mm^3. Czas krwawienia 6 minut.

Badanie punktatu gruczołu chłonnego pachwinowego dało obraz również przemawiający za białaczką: jednostajne wzmożenie się odsetka limfocytów jednolitego typu na niekorzyść składników tego rodzaju jak hemocytoblasty, komórki siateczki, histjocytarne makrofagi etc.

Badanie histologiczne wyłuszczonego pakietu gruczołów chłonnych pachwinowych potwierdziło stosunki obserwowane w punktacie — a mianowicie zatarcie budowy przez jednolite utkanie złożone z limfoblastów; nacieki limfocytowe stwierdzono w torebce oraz otaczającej tkance tłuszczowej.

Nakłucie mostka początkowo nie dało wyniku — dopiero po wstrzyknięciu do jamy szpikowej około 5 cm^3 wyjałowionego roztworu fizjol. soli kuchennej zdołano zaaspirować potrzebną do badania ilość treści. Badanie rozmazów punktatu krwi szpikowej dało dla białaczki obraz wręcz charakterystyczny, umożliwiający wczesne rozpoznanie postaci aleukemicznych nawet przy braku objawów klinicznych: w obrazie dominują elementy limfatyczne: limfocyty, których odsetek wynosi 80,25%, tudzież limfoblasty — 5,25%. Stosunki odsetkowe w całości przedstawiają się następująco:

Limfocyty	80,25%
Limfoblasty	5,25%
Paramyeloblasty	0,5%
Promyelocyty	0,5%
Myelocyty obojętnochł.	0,5%
Metamyelocyty obojętnochł.	0,5%
Pałeczkowe obojętnochł.	2,5%
Wielojądrzaste obojętnochł.	6,25%
Bazofile	0,5%
Eozynofile	0,5%
Monocyty	0,75%
Komórki Ferraty	0,5%
Normoblasty polichromat.	1,25%

Innych postaci komórkowych nie napotkano.

Zachodzi więc tutaj daleko idąca metaplazja szpiku kostnego.

Inne badania:

Zdjęcie röntgenowskie klatki piersiowej wykazuje zmiany rozedmowe, induracje szczytowe i podszczytowe, serce konfiguracji aortalnej, aorta wydłużona; wnęka prawa budzi podejrzenie w kierunku zmian swoistych białaczkowych

Zdjęcie rontgenowskie kości rąk i stóp nie przedstawia zmian charakterystycznych.

Badanie kapilaroskopowe wykazuje bierne rozszerzenie pętli naczyń włosowatych z objawami zastoju.

W związku z omawianym przypadkiem należy zaznaczyć, że tego rodzaju przypadki w tak jaskrawej i przejrzystej postaci klinicznej należą do rzadkości w dermatologii. W Klinice Dermatologicznej U. J. tego rodzaju przypadek zmian białaczkowych skóry był spostrzegany i opisany przez prof. Waltera w 1919 roku; zmiany skórne w postaci guzów asymetrycznie rozmieszczonych dotyczyły 9-letniego chłopca.

W ogólności zmiany skórne występujące w przebiegu przewlekłej białaczki dadzą się podzielić na 3 grupy:

Do 1-szej zaliczamy zmiany o nieswoistej budowie histologicznej zwane inaczej leukemidami (Andry) lub wg. Pinkusa — towarzyszącymi zmianami skórnymi; występują one pod różnorodnymi postaciami: zapaleń skóry, wyprysków, silnie swędzących wykwitów pokrzywkowych („*prurigo lymphatica*").

Do 2-ej gr. należą zmiany o swoistej budowie histologicznej — dzięki obecności masywnych nacieków limfocytarnych; występują one bądź pod postacią swoistych osutek drobnogrudkowych, bądź pod postacią charakterystycznych nacieków-guzów, jak to ma miejsce w przedstawionym przypadku.

Do 3-ej gr. należą postaci swoistej białaczkowej erytrodermii — sprawy nastręczającej niejednokrotnie wielkie trudności rozpoznawcze, pozostającej w ścisłym związku patogenetycznym z procesem białaczkowym; nacieki limfocytowe występują tutaj w postaci bardziej rozlanej, pomiędzy pęczkami tkanki łącznej, a także pomiędzy komórkami naskórka.

W związku z tym przypadkiem doc. Kubiczek podkreśla wyjątkowość obrazu klinicznego, a dr Leński podaje trudności rozpoznawcze.

W dalszym ciągu posiedzenia prof. dr Aleksander Oszacki wygłosił odczyt pt. „Insulinoma i hypoglikemja a cukrzyca" (rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem Prof. Oszackiego:

Kol. Szczeklik podnosi duże znaczenie ośrodkowej regulacji gospodarki węglowodanowej i podaje z własnych obserwacji 2 przykłady ciężkiego niedocukrzenia krwi, które wystąpiło w jednym przypadku cukrzycy leczonej insuliną i w jednym przypadku cukrzycy nie leczonej insuliną. Należyte i szybkie zróżnicowanie śpiączki cukrzycowej i śpiączki hypoglikemicznej stanowi nieraz o życiu chorego, bo w razie nienależytego rozpoznania, a co za tym idzie nieodpowiedniego, a właściwie szkodliwego „leczenia" można chorego w szybkim tempie doprowadzić do zejścia śmiertelnego.

Prof. Miodoński zapytuje, czy usunięcie guza wystarczy dla ustąpienia zmian, czy też samo otworzenie jamy brzusznej i manipulacje koło trzustki nie są bez znaczenia. Równocześnie zapytuje o mechanizm działania injekcyj dożylnych glukozy.

Doc. Mikułowski obserwował przypadek hypoglikemji u małego dziecka, które zachorowało wśród powtarzających się codzień rano drgawek z utratą przytomności. Dziecko to cierpiało na wypryski skóry przewlekłe i na skutek ordynacji dermatologa było leczone dietą ubogą w węglowodany. W przypadku tym dodanie węglowodanów do diety usunęło natychmiast zespół niepokojących objawów hypoglikemji. Badanie neurologiczne (Kol. Opalski) nie stwierdziło u dziecka żadnej innej przyczyny drgawek. Mikułowski obserwował również przypadki hypoglikemji w związku ze schorzeniami mózgowymi u dzieci, więc w przebiegu wodogłowia lub wrodzonego głuptactwa. Przypadek hypoglikemji na tle adenoma trzustki u dziewczynki 7-letniej opisał był w literaturze pedjatrycznej niedawno przed wojną w Monatschrift f. Kindhk. Harnap z Kliniki Bessaua. W przypadku tym zabieg operacyjny również wyleczył dziecko.

Dr Jakóbiec nawiązując do przedstawionego przypadku wyspiaka, przedstawił obserwowany przez siebie przypadek wyspiaka w roku 1940 na II Klinice Chorób Wewnętrznych ówczesnym Oddz. I. D.

W przypadku tym chodziło o kobietę 56 letnią cierpiącą na hypoglikemię napadową od 4-ch lat. W tymże czasie wystąpiło u niej przekwitanie. W ciągu trzech lat chora leczyła się z poprawą, w ostatnim jednak roku stan znacznie się po-

gorszył, wobec czego chora została skierowana na Klinikę. Z badania fizykalnego podkreślił Dr Jakóbiec wysoką wagę chorej (przy wzroście 178 cm — 102 kg) oraz nadciśnienie RR 180/100. W Klinice obserwowano ataki występujące kilka razy dziennie połączone z utratą przytomności, drgawkami itd. Najniższy poziom cukru we krwi wynosił 50 mg$^0/_0$. Krzywa obciążenia glukozą wypadła charakterystycznie dla wyspiaka (gwałtowny wzrost w I fazie z szybkim spadkiem i bardzo długą fazą hypoglikemiczną). Badanie spoczynkowej przemiany materii + 3$^0/_0$. Mocz bez zmian. Brak cech niedomogi wątrobowej i nadnerkowej. Z uwagi na coraz częstsze ataki hypoglikemii które tylko na 2—4 godz. ustępowały po injekcji 20 ccm 40$^0/_0$ glukozy, chora z rozpoznaniem insulinoma została skierowana na Klinikę Chirurgiczną gdzie usunięto wyspiaka wielkości małej pięści. (histologicznie potwierdzony). Przebieg operacyjny bez powikłań. Po 3 tygodniach chora powtórnie została poddana obserwacji na Klinice Wewnętrznej. Ataki hypoglikemii więcej się nie powtórzyły. Krzywa obciążenia glukozą wykazywała podobieństwo do krzywej cukrzycowej. Chora w stanie wyleczonym opuściła Klinikę. Dalsza kilkumiesięczna obserwacja potwierdziła dobry stan chorej. Poziom cukru we krwi utrzymywał się stale na wysokości 112—114 mg$^0/_0$. Parcie krwi około 200/100. W dalszym ciągu Dr Jakóbiec podniósł trudności rozpoznawcze w wypadkach wyspiaków, gdzie wchodzi w grę nie tylko złożona korelacja hormonowa (przysadka, trzustka, nadnercza, gruczoły płciowe) lecz także niedomoga wątroby jak również zmiany mózgowe jak np. parkinsonism. Poza tym nie każdy wyspiak daje objawy hypoglikemiczne, zależy to od jego zróżnicowania komórkowego lub zmian krwistych w samym wyspiaku. Również objawy hypoglikemii napadowej powstać mogą na skutek przerostu i rozrostu wysp trzustki w związku jak wspomniano z trzustką. Objawy hypoglikemii napadowej, które mogą czasami występować w przebiegu climakterium zależą prawdopodobnie także od przysadki bez zmian wyspiakowych w trzustce, nie osiągają jednak tak dużego natężenia jak w przypadku wyspiaków.

Doc. Brzezicki podaje:

Przypadek insulinoma, tworzący rdzeń odczytu prof. Oszackiego jest mi dobrze znany i chciałem się podzielić z Państwem moimi obserwacjami. W lipcu 1937 r. zgłosiła się do mnie wysportowana, świetnie zbudowana instruktorka wychowania fizycznego ze skargami na zmęczenie i senność oraz na zasypianie po wysiłkach fizycznych. Spała wtedy tak długo aż jej nie obudzono np. na obiad czy kolację po czym czuła się lepiej.

W ostatnich czasach chora silnie zeszczuplała i zmizerniała.

Przy pierwszym badaniu ambulatoryjnym postawiłem dj. — narkolepsia — i ze względu na jej budowę atletyczną łączyłem ten stan raczej z epileptoidem. Zapisałem brom, luminal, prominal na początek, a później przerzuciłem się na benzedrynę ponieważ środki antykurczowe nie pomagały.

Benzedryna — odpowiednik perwityny — pomógł znakomicie. Przez 3 mies. chora czuła się lepiej — dodam jednak, że przepisałem chorej częste odżywianie się (5-o razowe) co oczywiście, jak teraz widzimy, musiało mieć swój wpływ razem z benzedryną — adrenergetycznym środkiem.

Na święta Bożego Narodzenia wyjechała pacjentka do Zakopanego, gdzie prowadziła kurs narciarski. Po zmęczeniach miała podwójne widzenie, zawroty głowy z upadkami, trudność zebrania myśli. Tworzenie planów ruchowych było zaburzone (*apraxia ideatoria*), wtedy chora jadła zupę widelcem, wkładała do ust zapałkę a papierosem pocierała pudełko od zapałek itd.

Poza tym wystąpiły zaburzenia mowy o afatycznym charakterze (*aphasia corticalis*). Wobec tego stanu pacjentka przyjechała do Krakowa 2. 1 w nocy i położyła się spać.

Rano zostałem wezwany. Chora leżała nieprzytomna, miała zrywanie, wymachiwała rękami i nogami, biła wokoło siebie.

Przeniosłem ją na Klinikę gdzie dostała zastrzyk glukozy po czym stan nagle poprawił się. Stosowano zatym przez 3 mies. glukozę ze znakomitym skutkiem. Chora jadła dużo słodyczy, które jej zaordynowano i czuła się dobrze. Po pewnym czasie pacjentka dostała urlop z Kliniki i w domu dostała znowu ataku śpiączki.

Po glukozie, tak jak poprzednim razem, poprawiło się — to skierowało naszą myśl na hypoglikemię wobec czego zaczęto stosować głodówki naprzemian z syropem cukrowym. Okazało się, że każda głodówka wywoływała atak hypoglykemiczny.

Jako przypadek nieneurologiczny, została chora skierowana na internę. Dla mnie jako neurologa ciekawe są dwa fakty — wpływ benzedryny a więc środka sympatykmimetrycznego na mobilizację glykogenu, oraz dobry wpływ na ataki i na sam charakter ataków, który różnił się bardzo od ataków hypoglikemicznych sztucznych, które stosowaliśmy przy schizophrenii, wstrzykując nadmierne dawki insuliny.

U chorej, o której mówię, nigdy nie widziałem drżenia i ataków drgawkowych natomiast niepokój ruchowy *somnolencii* lub *coma*.

Niestety dokładniejszych danych podać nie mogę, ponieważ historia choroby zaginęła.

Dane które tu podaję pochodzą z zapisków mojej praktyki prywatnej.

Kol. Szczeklik przedstawia przypadek zawału bocznego serca, który rozpoznano na podstawie typowej krzywej Ekg, jaką otrzymano na 24 godz. przed śmiercią u chorego L. 56. Chory cierpiał od 9 mies. na bóle w okolicy serca 10—15 minutowe, występujące tak po wysiłku jak i w spoczynku (nawet w nocy), a zgłosił się na O. I. B. na dwa dni *ante exitum*. EKG wykazało u niego bardzo duże obniżenie ST w IV odprowadzeniu, a także częściowo w I i II odprow.; w tychże odprowadzeniach dwufazowe T, poza tym dość głębokie Q w III i zaznaczone Q w II odprowadz. Ciśnienie krwi 200/100 OB—94/2 godz. L. 10. 700. Autopsia wykazała przyścienny zorganizowany zakrzep w gałązce okrężnej tętnicy wieńcowej lewej, który nie zamykał światła w całości, z następową dużą blizną w ścianie tylno-bocznej). Oprócz tego znaleziono zakrzep przyścienny niezupełnie zaczopowujący światło w gałązce okrężnej tętnicy wieńcowej prawej z odpowiednią blizną w przegrodzie międzykomorowej. Zmianie anatomicznej 1-szej odpowiada w EKG obniżenie ST w IV a także i w I i II odprowadz. (w naszym przypadku stan po zawale bocznym) zmianie anatomicznej 2-giej głębokie Q w III odprowadz., i zaznaczone Q w II odpr. (stan po zawale ściany tylnej).

Kol. S. różnicuje krzywą zawału bocznego z krzywą EKG po naparstnicy, z EKg w zatorze płucnym i z EKg w świeżym zawale ściany tylnej. Przypadek ten był interesujący ze względu na 1) rzadką równoczesną zmianę zakrzepową w obydwu gałązkach okrężnych tętnic wieńcowych lewej i prawej z odpowiednimi bliznami 2) kliniczny charakter zawału, który przebiegał pod postacią dusznicy bolesnej, mającej swe wytłómaczenie w zwężeniu naczyń wieńcowych przez przyścienny zakrzep.

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 27 czerwca 1945 r.

W dalszym ciągu dyskusji w sprawie przypadków demonstrowanych na posiedzeniu w dniu 20 VI 45, a zwłaszcza w dyskusji z dnia 27 VI b. r. nad krzywą Ekg, którą przedstawił Dr Szczeklik jako charakterystyczną dla zawału bocznej ściany serca doc. Dr Tochowicz dowodzi, że krzywa ta nie ma żadnych charakterystycznych cech zawałowych za czym przemawia i wynik sekcji przy której nie znaleziono świeżego zawału serca, a jedynie tylko stare blizny pozawałowe. Przyjmuje natomiast autor, że przedstawiona krzywa Ekg jest charakterystyczna dla niedomogi krążenia wieńcowego i to zgodne jest z wynikiem badania sekcyjnego. (patrz opis sekcyjny). Autor podkreśla, że niewłaściwe interpretacje krzywych Ekg, mogłyby podważyć znaczenie tej najbardziej dziś obiektywnej metody badania, dla stwierdzenia zawałów i lokalizacji tychże w mięśniu sercowym.

W odpowiedzi kol. Tochowiczowi kol. Szczeklik zaznacza, że w przedstawionym przypadku zakrzep przyścienny gałązki okrężnej tętnicy wieńcowej lewej i duża blizna w ścianie tylno bocznej były wyrazem przebytego zawału bocznego wyodrębnionego przez Barnesa w 1934 r., a opracowanego klinicznie przez Wooda, Wolferta i Bellerta w 1938 i że tej zmianie anatomicznej odpowiada krzywa Ekg podana przez autorów amerykańskich, którą stwierdziliśmy w naszym przypadku. Krzywa ta nie ma nic wspólnego ze zawałem ściany przedniej, gdzie zaczopowaniu ulega gałązka zstępująca tętnicy wieńcowej lewej, ani nie jest to krzywa niewydolności wieńcowej charakteryzującej się obniżeniem ST w odprowadzeniach kończynowych. Zresztą zmiana anatomiczna niedwuznacznie wskazuje na stan po zawale tylno bocznej ściany. Kol. S. przedstawia jeszcze krzywe z innego przypadku, zawału bocznego, dotyczące chorej która przebywała 3 mies.

na O. I. B. Krzywe te wraz z objaśnieniami klinicznymi wykazują że wyodrębniony przez autorów amerykańskich zawał boczny serca jest możliwy do rozpoznania przy należytej uwadze i częstej kontroli Ekg gdyż jak wiadomo zmiany Ekg w zawale bocznym są krótkotrwałe i zwykle ustępują po 4—5 tygodniach, jak to wykazały i nasze obserwacje poczynione na 15 przypadkach zawału bocznego.

Doc. Kowarzyk stwierdza, iż elektrokardiograficzne rozpoznanie zawału opiera się na zjawisku prądów uszkodzenia. W mięśniu uszkodzonym prąd czynnościowy ulega deformacji w kierunku jednofazowości. Jednofazowe zniekształcenie elektrokardiogramu świadczy o istnieniu w sercu ogniska uszkodzenia, jakim najczęściej jest zawał. W elektrokardiogramach Dra Szczeklika widoczne jest zniekształcenie przede wszystkim odprowadzenia czwartego świadczące o obecności prądu czynnościowego jednofazowego w elektrycznym obrazie serca. Prąd ten nakładając się na elektrokardiogram w czwartym odprowadzeniu powoduje wybitne obniżenie wstawki ST o charakterze dopuszczającym rozpoznanie uszkodzenia ogniskowego mięśnia sercowego.

Dr Miklaszewska z oddziału wewnętrznego Szpitala św. Łazarza przedstawia „znaczenie śledziony dodatkowej w przebiegu żółtaczki":

Podaję przypadek żółtaczki u kobiety 41-letniej, która trwa z przerwami od 8 lat do chwili obecnej. Mechanizmu tej ostatniej nie wytłumaczyła ani 4-krotna obserwacja kliniczna, ani też 2-krotnie wykonany zabieg operacyjny.

W wywiadach uderza: 1) 2-krotne wystąpienie żółtaczki po urazie psychicznym 2) 4-krotnie po infekcji: 3 razy grypa, raz zapalenie miedniczek nerkowych, 3) raz komplikacja polekowa „Cibasol" 4) szczepienie przeciw durowi brzusznemu 5) raz przerwa w miesiączce na przeciąg 8 miesięcy w okresie nasilonej żółtaczki.

Stan obecny: Skóra i śluzówki zabarwione szafranowo żółto. Wątroba w płacie lewym macalna 2 palce niżej łuku żebrowego, tkliwa, płat prawy językowato schodzący ku dołowi, sięgający 2 palce powyżej grzebienia kości biodrowej. Śledziona macalna 2 palce niżej łuku żebrowego.

Badania pomocnicze: Odczyn Van den Bergha bezpośredni natychmiastowy. Cholesterolu we krwi od 321 mgr% do 450 mgr% Bilirubiny we krwi od 1,04 do 8,7 mgr%. W moczu urobilinogen silnie wzmożony, bilirubina obecna. Stolce odbarwione. Cholecystografia bez zmian. Sondy dwunastnicze: 20 do 30 leukocytów w polu widzenia w żółci A, żółć B i C bez zmian.

Oporność krwinek czerwonych na roztwory anizotoniczne (badanie wykonane po 2-gim zabiegu operacyjnym):

Krwinki nieprzemyte początek hemolizy w roztw. 0,66% NaCl koniec 0,30% Krwinki przemyte początek hemolizy w roztw. 0,60% NaCl koniec 0,38%.

Pierwszy zabieg operacyjny wykonany z powodu rozpoznania *cholelithiasis*. Znaleziono językowato wydłużony prawy płat wątroby miast powiększonego woreczka żółciowego. Wykonano appendektomię. Rewizji śledziony nie przeprowadzono. Po upływie 6 lat wykonano powtórnie zabieg operacyjny dla uwolnienia wątroby od zrostów, a tym samym usunięcie czynnika mechanicznego zastoju.

Znaleziono: prawy i lewy płat wątroby w zrostach. Prócz tego znaleziono obok prawidłowo ułożonej właściwej śledziony, 2 śledziony dodatkowe, z których jedna w zrostach leżała popod *hilus hepatis*.

Przypadek ten przedstawiamy ,gdyż czynnik zastoinowy żółtaczki łączy się z czynnikiem hemolitycznym w obecności dwóch dodatkowych śledzion o niezwykłej lokalizacji.

Podkreślenia godnym jest również fakt, że w okresie objawów wątrobowych wypadała czasowo funkcja jajników.

W dyskusji nad przedstawionym przypadkiem przez Dr Miklaszewską Doc. Dr Tochowicz, który również obserwował ten przypadek, po zebraniu danych świadczących o przewlekłym stanie zapalnym (OB, okresowe podniesienia ciepłoty równoczesne z nasileniem się żółtaczki, zwiększona ilość krwinek białych w treści dwunastniczej) dochodzi do wniosku, że mamy do czynienia najprawdopodobniej z przewlekłym nieżytowym zapaleniem drobnych dróg żółciowych. Powiększenie tylko prawego płatu wątroby mogłoby przemawiać za sprawą zapalną ograniczoną, która doprowadza do marskości wątroby typu ogniskowego.

W dalszej dyskusji nad tym przypadkiem zabierają jeszcze głos prof. Oszacki i doc. Kubiczek.

Dr Miklaszewski z oddziału wewnętrznego szpitala św. Łazarza podaje „Nietypowy odczyn limfocytarny po splenektomji":

Podaję przypadek 16-letniego chłopca, u którego po splenektomii, wykonanej wskutek urazu mechanicznego śledziony, wystąpił odczyn limfocytarny z pojawieniem się temperatur o charakterze septycznym.

Objawy te pojawiły się w pełnym zdrowiu w miesiąc po zabiegu operacyjnym. a więc temperatury do 40 stopni, leukocytoza 15.000. Obraz krwi Myeloc. 1% Młodych 3% Pałeczkowatych 1% Wieloj. 17% Limfoc. 73% Monoc. 3%.

Punkcja mostka: Myelobl. 1% Promyeloc. 1% Myeloc. 8% Pałeczkow. 1% wielojądrz. 7% Jednojądrzastych 78% Monocytów 1% Próba oxydazowa w krwi obwod. i szpiku kostnym ujemna. Odczyn Paul-Bunnell'a $^1_2$ plus, minus. Met. probówkowa Schiffa $^1/_8$ do $^1/_{16}$ dodatnia.

Stan obecny: powiększone gruczoły wzdłuż sutkowo-mostko-obojczykowych w obu pachach i pachwinach do wielkości fasoli. W płucach stwierdza się powiększenie gruczołów wnękowych i prawostronne zrosty opłucnowo przeponowe.

Wątroba macalna 2 palce niżej łuku żebrowego.

Sprawa chorobowa trwała 45 dni. Temperatury utrzymywały się 25 dni.

Leukocytoza narastała w ciągu 14 dni do 29.200 następnie opadła w 21 dniu choroby do 9.500. Limfocytoza najwyższa 89% przy leukocytozie 28.000, po czym opadła do 48% przy leukocytozie 12.000.

Przypadek ten przedstawiam ze względu na odczyn limfocytarny, który pojawił się niewątpliwie po usunięciu śledziony, został jednakże zaciemniony i skomplikowany przez jakąś sprawę infekcyjną, której tła nie zdolaliśmy uchwycić.

Dr Gibiński z oddziału wewnętrznego szpitala św. Łazarza wygłosił odczyt pt. „Zasady kymografii i jej znaczenie kardiologicznie":

We wstępie podkreślono, że odczyt ilustruje jedynie stan kymografii serca na kontynencie europejskim, gdyż warunki wojenne nie pozwoliły nam dotąd poznać postępów i nowych osiągnięć w dziedzinie tej, tak młodej jeszcze metody, dokonanych w innych krajach. Z drugiej strony przemożna propaganda nauki niemieckiej lansowała świadomie fałszywą wiadomość, że kymografia jest wynalazkiem niemieckim. Należy podkreślić, że kymografię, jak i jej wynalazcę dra Sabata ze Lwowa spotkał ten sam los co i szereg innych odkryć polskich uczonych.

Zaczynając od opisu aparatury Sabata przedstawiono szereg kolejnych modyfikacyj metody, aż do kymografii wieloszparowej, ciągłej. Niewątpliwie najpopularniejszym i najlepszym w zastosowaniu klinicznym jest kymogram wieloszparowy, ciągły, jemu więc poświęcono szczególniejszą uwagę, objaśniając sposób powstawania i odczytywania zdjęcia. Szczególny nacisk położono na równoczesność zapisywanego zjawiska ruchu we wszystkich segmentach zdjęcia, co pozwala na następowe odczytywanie z uwzględnieniem stosunków czasowych.

Z kolei przedstawiono na czym polega wyższość zdjęcia kymograficznego serca nad zwykłym rentgenogramem już przy pobieżnym oglądaniu, a więc ułatwienie lokalizacji poszczególnych odcinków serca, dużych naczyń i tworów pozasercowych, uwydatnienie granic w zagmatwanych cieniach, uwypuklanie ewent. zastoju płucnego itp. W dalszym ciągu przedstawiono w ogólnym zarysie analizę kymogramu, a więc omówiono rąbek tętnień, amplitudę zębów, typ I i II tętnienia. Następnie omówiono kształty zębów komorowych, tętniczych i przedsionkowych, załamki pośrednie czyli międzyzębowe, załamania na ramionach zębów, „plateau" rozkurczowe czyli boczne i skurczowe czyli przyśrodkowe, głuchą strefę i parę innych charakterystycznych obrazów zębów. W końcu, z silniejszym podkreśleniem ważności odczytywania stosunków czasowych, przedstawiono prosty sposób sporządzania wykresów z kymogramów w przeciwstawieniu do tak zwanej densografii. Robi się to przez odmierzanie pod lupą odległości poszczególnych punktów zwrotnych zębów i wrębów od linii szparnika, przenoszenie ich w powiększeniu na papier milimetrowy i zestawianie poszczególnych zębów, zapisanych w tym samym momencie czasowym, nad sobą, w pionowych kolumnach. Pozwala to na szybką orientację, od jednego rzutu oka, w zgodności lub niezgodności czasowej poszczególnych odcinków w czasie jednego aktu serca i umożliwia wykrycie zaburzeń w mechanice jego akcji.

Duże jeszcze braki i niedociągnięcia czekają na ulepszenie, ale już obecnie jest kymografia bardzo pomocną metodą badania klinicznego.

W dyskusji po odczycie zabierali głos Dr Kowarzykowa i Dr Szczeklik.

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 4 lipca 1945 r.

Ordynator Dr Jasieński Jerzy (z oddziału chirurgicznego Szpitala im. Prez. G. Narutowicza) przedstawił dwa przypadki mięsaków narządów górnej części jamy brzusznej leczone operacyjnie:

Przypadek pierwszy dotyczył 30-letniego chorego. W obrazie chorobowym na plan pierwszy i bodaj jedyny wysuwały się występujące okresowo od lat 5 znaczne krwawienia z przewodu pokarmowego, przy czym krwawienia te za każdym razem sprowadzały ostrą niedokrwistość. Poza tym ostatnio stwierdzono bezsok żołądkowy. Rozpoznawano krwawiący wrzód dwunastnicy lub żołądka. Przy operacji stwierdzono na przedniej ścianie żołądka obecność trzech oddzielnych guzów wielkości od orzecha włoskiego do jaja kurzego, rosnących w kierunku wolnej jamy brzusznej. Chodziło o zewnątrzżołądkowe mięsaki pierwotnie mnogie o utkaniu mięśniakomięsaka. Wycięto dwie trzecie żołądka. Przebieg pooperacyjny gładki. Prelegent stwierdza, że z mięsakiem żołądka spotyka się w praktyce operacyjnej po raz drugi. W roku 1937 operował bowiem z dobrym wynikiem przypadek drobno-okrągło-komórkowego mięsaka wewnątrzżołądkowego.

Dotychczas znamy z piśmiennictwa około 400 przypadków mięsaka żołądka, spośród nich w jednym tylko chodziło o mięsaki pierwotnie mnogie. Ze względu na to, że nie jesteśmy narazie w stanie udoskonalić naszych metod rozpoznawczych ani rozszerzyć naszych możliwości leczniczych, zaleca prelegent większą niż dotychczas ostrożność przy ustalaniu wskazań. Musimy pamiętać o tym, że ze schorzeń chirurgicznych poza wrzodem i rakiem istnieją inne jeszcze nowotwory żołądka, i nie wolno nam pozwolić choremu krwawić, zwłaszcza krwawić silnie, choćby nawet okresowo, w ciągu kilku lat.

W drugim przypadku, dotyczącym 57-letniej chorej operowanej z powodu kamicy żółciowej, w preparacie usuniętego wraz z siecią silnie zrośniętego z jelitem grubym, kreską poprzecznicy i żołądkiem woreczka żółciowego poza kilkudziesięcioma kamieniami, stwierdzono obecność wychodzącego z dna woreczka żółciowego guza wielkości mandarynki. Badanie histologiczne guza wykazało utkanie mięsaka różnokomórkowego z typowymi dla mięsaka woreczka komórkami olbrzymimi o fantastycznych kształtach. Przypadek ten należy do białych kruków, jest bowiem 23-im przypadkiem mięsaka woreczka żółciowego w piśmiennictwie, a pierwszym w którym w miesiąc po doszczętnym usunięciu guza brak jest nawrotu.

Dr Tadeusz Giza wygłosił wykład pt. Chemia w służbie medycyny: nowe środki walki z zakażeniami.

Wyosobnione przez Anglików przed wojną i w czasie wojny z pleśni (*penicillia*) ciała chemiczne czynne przeciwko zarazkom stanowią obok sulfanilamidów nową skuteczną broń w walce z zakażeniami. Prelegent omówił pokrótce prace Fleminga, Raistricka i Floreya, wspomniał o próbach nad bakteriopochodnymi ciałami i szerzej przedstawił mechanizm tzw. bakteriostatycznego działania nowych środków leczniczych, uwypuklając przy tym rolę poszczególnych składników zespołu witaminu B. (Obszerne streszczenie wykładu ukazało się w Nr 2 Przeglądu Lek.).

Po wykładzie wywiązała się ożywiona dyskusja:

Przewodniczący prof. Walter dziękuje prelegentowi za ciekawe i pouczające sprawozdanie z działania nowych środków chemoleczniczych. Ubolewa, że wiadomości o postępach w dziedzinie chemii nowych środków leczniczych stosowanych na zachodzie i w ZSRR nie przeniknęły do Polski przez kilkuletni okres wojenny. Także dziś wiadomości nasze w tym zakresie są bardzo niedostateczne, A już zupełnie brak nam osobistego doświadczenia w tym przedmiocie. Przypuszczenia badaczy anglosaskich o działaniu tych nowych środków, jak penicyliny, opierają się na tych samych przesłankach, na których zbudowano teorię mechanizmu leczniczego sulfamidów. Chodzi mianowicie o antagonistyczne działanie wypierające witamin niezbędnie potrzebny dla życia bakteryj i zastąpienie go środkiem chemoleczniczym. Doświadczenia kliniczne pozwolą dopiero na właściwą ocenę znaczenia i wartości leczniczej leków, wypracowanych w pracowniach chemicznych. Prof. Walter przypomina, jak to było z sulfamidami. Po entuzjastycznych pochwałach tych leków i stosunkowo małych odsetkach wyników leczniczych ujemnych np. w rzeżączce — szczególnie odkąd wprowadzono połączenia pirydynowe i tiazolowe — coraz częściej spotyka się ostatnio przypadki, w których chemolecznictwo zawodzi. Sprawa chorobowa, mimo stosowania różnych połączeń i różnych fabrykatów, nie ustępuje, pojawiają się nawet powikłania i leczenie trzeba ukończyć dawnymi sposobami wstrzykiwań docewkowych i przepłukiwań. Prof. Walter uznaje wybitną wartość tych środków, bez których dziś nie można sobie wyobrazić leczenia rzeżączki, ale podając sulfatiazole, równocześnie stosuje miejscowe leczenie. Obie te metody uzupełniają się i wspierają. Przypomina dalej entuzjazm, jaki towarzyszył wprowadzeniu arsenobenzolu do leczenia kiły. Po latach myśl o *therapia sterilisans magna* upadła, i dziś stosujemy leczenie seryjne, długie, sprzężone, arsenobenzolowo-bismutowe czy rtęciowe, posługując się nawet pomocniczo środkami bodźcowymi. Znamy dalej przypadki kiły opornej na leczenie arsenobenzolem, co daje powód do przypuszczeń o istnieniu szczepów krętków bladych uodpornionych na działanie arsenu. Liczyćby się również należało z możliwością szczepów gonokoków, podobnie niewrażliwych na działanie chemolecznicze. Szczepy te traktowane leczniczo a niewystarczająco sulfamidami, po przeniesieniu na innego osobnika, zachowują nabytą na działanie tych połączeń odporność, wskutek czego wynik leczenia bywa ujemny. W obecnej chwili oczekiwać tylko należy korzystniejszych okoliczności, któreby pozwoliły nam na bezpośrednie zetknięcie się z nowymi chemoleczniczymi środkami — których pochodzenie i strukturę chemiczną przedstawił prelegent,— abyśmy mogli zdobyć osobiste doświadczenie odnośnie do mechanizmu i wartości ich leczniczego działania.

Prof. Miodoński podnosi znaczenie badań chemicznych i fizycznych dla dzisiejszej medycyny.

Doc. Kowarzyk:

Teoria przypisująca środkom chemoterapeutycznym, jak kwas sulfanilowy zdolności wypierania z łańcucha przemian biochemicznych bakteryj witaminu wzrostowego, mianowicie kwasu p-aminobędźwinowego, przypomina dawniejsze teorie narkozy, tłomaczące działanie narkotyków ich powierzchniową aktywnością, dzięki której gromadzą się na powierzchni komórek i obsadzają miejsca przez które w prawidłowych warunkach dochodzą do komórki bodźce fizjologiczne. Różnica polega zasadniczo na tym, że w teoriach narkozy nacisk położono na chemiczno-fizyczne własności związków, podczas gdy o skuteczności leków chemoterapeutycznych decyduje ich swoista chemiczna konstytucja.

Należałoby się zastanowić, czy tego samego rozumowania, jakiego użyto do wyjaśnienia czynności związków chemoterapeutycznych, nie możnaby zastosować w patologii człowieka. Być może, że istnieją u człowieka stany niedoboru witaminów lub hormonów, nie spowodowane brakiem tych czynników w ustroju, lecz ich wyparciem z łańcuchów przemiany materii przez konkurencyjne substancje o podobnej konstytucji, jednak nie posiadające swoistej biologicznej własności witaminów lub hormonów. Pod nazwą „niedokrwistości achrestycznej" opisywano przypadki niedokrwistości złośliwej, w których czynnik przeciwanemiczny obecny w ustroju i z zewnątrz doprowadzany, nie był zużytkowany do regulacji czynności szpiku kostnego. Stąd nazwa anemii achrestycznej, czyli polegającej na wadzie użytkowania, w przeciwieństwie do niedokrwistości spowodowanej niedoborem czynnika przeciwanemicznego. Jest rzeczą możliwą w patologii człowieka, że możnaby znaleźć stany „achrestycznych" awitaminoz lub niewydolności hormonalnych.

Prelegent odpowiada: Ze skąpo przenikających do nas wiadomości odnosi się wrażenie, że pod wpływem nowych środków chemicznych dokonuje się w lecznictwie przewrót większy od tego, jaki spowodowały stosunkowo niedawno sulfanilamidy, a przed tym preparat „606". Prelegent zapytuje, czy, doceniając doniosłość sprawy, nie byłoby wskazane zwrócenie się do grupy polskich badaczy nad penicyliną, na czele z prof. Groerem we Lwowie, z zaproszeniem do wygłoszenia odczytu w tutejszym Towarzystwie lekarskim.

Sekretarz: *(Zbigniew Oszast)*

Prezes *(Franciszek Walter)*

Powiatowy Urząd Zdrowia Kamieniogóra, ul. Dworcowa nr 18 Tel. 507, Nr 73/45.

Data 26 września 1945. Do Wojewódzkiego Zarządu Okręgowego Polskiego Związku Zachodniego, w Krakowie.

Dotyczy: zapotrzebowania pracowników służby zdrowia, w powiecie Kamieniogóra.

W odpowiedzi na pismo z dnia 5. 9. 45 L. dz. 611/45 Społ. Powiatowy Urząd Zdrowia w Kamieniogórze podaje następujące wyjaśnienia i odpowiedzi:

Powiat Kamieniogóra jest położony w Sudetach. Linie komunikacyjne, przedsiębiorstwa, fabryki i budynki prawie nie ucierpiały wskutek działań wojennych.

Powierzchnia powiatu: 42,714 hektarów.

Ogólna liczba mieszkańców: 53.251 — w tym: Polaków około 8.000; Niemców — 42.251.

Miasta: Kamieniogóra — miasto powiatowe. Mieszkańców: Polaków około 1.000; Niemców — 11.571.

Inne miasta: Lubawa — mieszkańców: Polaków — około 500; Niemców — 7.235. Szymrych — mieszkańców: Polaków — około 200; Niemców — 3.446.

Ogólna ilość gmin zbiorowych: 9.

Są potrzebni 2 wolno praktykujący lekarze — w tym 1 specjalista chorób skórnych i wenerycznych.

Do miejscowego szpitala powiatowego potrzebny 1 lekarz ogólno praktykujący. Otrzyma odpowiednią grupę uposażeniową, mieszkanie, stołówkę, oraz przydziały żywnościowe.

Na terenie powiatu Kamieniogóra jest jeszcze 8 gabinetów dentystycznych, które mogą objąć polscy lekarze dentyści w charakterze patronów. Gabinety te są dobrze zaopatrzone w urządzenia, instrumenty i materiał dentystyczny.

Jest jeszcze do objęcia apteka w Szymrychu — urządzona i zaopatrzona w małą ilość leków.

Potrzebne są: 12 wykwalifikowanych pielęgniarek; 6 pomocniczek pielęgniarek; 2 wykwalifikowane kucharki.

Potrzebna jest 1 akuszerka wolno praktykująca.

Potrzebny jest 1 dezynfektor.

Przesiedlającym się pracownikom Służby Zdrowia będą przydzielane mieszkania w miarę możności urządzone. Pracownicy Szpitala i Urzędu Zdrowia otrzymują wyżywienie w stołówkach. Inni otrzymają karty żywnościowe.

Lekarz Powiatowy
(—) *Dr L. Gelewski*

Zarząd Miejski w Bytomiu, Wydział Zdrowia, L. dz.: Z/1268/45, L. dz. 8263/45/ og.

Bytom, dnia 28 września 1945. Polski Związek Zachodni, Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie.

Dotyczy: Pisma z dnia 5. 9. br. — L. dz. 611/Społ. — W sprawie zorganizowania planowego przesiedlenia służby zdrowia na nowo uzyskane ziemie zachodnie.

W odpowiedzi na powyższe pismo podaję następujące dane, dotyczące osiedlenia się służby zdrowia na terenie miasta Bytomia.

Lekarze:

1) Na terenie miasta Bytomia potrzebny jest w tej chwili tylko 1 starszy, doświadczony rentgenolog.

2) aparat rentgenowski znajduje się w instytucji, w której lekarz ewentualnie byłby zaangażowany,

3) aparatów prywatnych nie ma,

4) wobec zajęcia szpitali przez wojska Radzieckie na razie sprawa angażowania lekarzy jest nieaktualna, gdyż na terenie miasta znajduje się dostateczna ilości lekarzy specjalistów z każdej dziedziny. Po zwolnieniu szpitali, co niewiadomo kiedy nastąpi, mogą być ewentualnie potrzebni młodzi lekarze jako asystenci.

Stołówka przy szpitalach za dopłatą. Kartki żywnościowe I kategorii. Uposażenie wg. grupy VIII.

Lekarze dentyści i technicy dentystyczni.

Na terenie miasta Bytomia znajduje się dostateczna ilość lekarzy dentystów względnie uprawnionych i nieuprawnionych techników dentystycznych.

Apteki:

W mieście i powiecie Bytom wszystkie apteki są zajęte przez dzierżawców. Do objęcia znajdują się jeszcze apteki na dalszych terenach zachodnich. Bliższych informacji co do tych terenów udzieli Okręgowa Izba Aptekarska w Katowicach, ul. Słowackiego 24.

Pielęgniarze i personel szpitalny:

Podobnie jak pod „Lekarze“ pkt. 4.

Akuszerki:

Na terenie miasta Bytomia znajduje się już dostateczna ilość akuszerek.

Kontrolerzy sanitarni i dezynfektorzy:

Potrzebnych jest 4 dezynfektorów, po oddaniu szpitali dalszych 5 dezynfektorów; 1 dozorca zdrowia; 2 higienistki społeczne, po oddaniu szpitali około 15 pielęgniarek.

Warunki:

Uposażenie wg. grup X do XII, stołówka przy szpitalach za dopłatą, kartki żywnościowe I kategorii.

W tej chwili na terenie miasta Bytomia są duże trudności mieszkaniowe, ponieważ liczba mieszkańców, w związku z osiedlonymi już repatriantami ze wschodu, przekroczyła liczbę mieszkańców z przed okresu zajęcia miasta przez Władze Polskie.

Lekarz grodzki
(Podpis nieczytelny)

Pełnomocnik Rządu R. P. Powiatu Góra — Śląsk Dolny, Lekarz Powiatowy, Nr 103/45.

Góra, dnia 29. 9. 1945. Polski Związek Zachodni w Krakowie. Na pismo z dnia 5. 9. 45 L. 611/45 Społ.

Zawiadamiam, że w powiecie Góra, w szpitalu organizującym się, potrzebni są:

chirurg, chemik (laborant), rentgenolog.

W mieście brak dentysty. Jest gabinet dentystyczny bez górnej części maszyny do borowania, instrumentów brak.

Rentgen jest, ale wymaga remontu.

Mieszkania mogą być zapewnione wraz z umeblowaniem po odejściu wojsk sowieckich. Na razie — tymczasowe. Wynagrodzenie według norm. Miasto przed wojną 5 tys., liczy obecnie około 2 tys. mieszkańców. Produkty spożywcze wszystkie można dostać na miejscu. Niekiedy są trudności z tłuszczem. Ceny niższe niż we wschodnich województwach. Ludność wyłącznie polska.

(Podpis nieczytelny)

Pełnomocnik Rządu R P. na miasto Jelenia Góra
Jelenia Góra, dn. 20. 9. 1945 r. ul. Grottgera Nr 5
Referat Zdrowia Z. 1/45 Nr L. 611/45 Społ.

Do Polskiego Związku Zachodniego Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie

Dotyczy: Akcja przesiedleńcza na ziemie zachodnie.

W odpowiedzi na pismo z dn. 5. 9. 45 r. w sprawie zorganizowania planowego przesiedlenia pracowników służby zdrowia na nowo uzyskane ziemie zachodnie komunikuję, co następuje:

Miasto Jelenia Góra jest narazie nasycone lekarzami. Potrzebny jest natychmiast lekarz-okulista. W trochę dalszej przyszłości będzie potrzebny jeszcze jeden specjalista z każdej specjalności.

Osiągnięcie lepszego mieszkania z urządzonym gabinetem i instrumentami jest na tym terenie trudne.

Lekarze rentgelodzy na aparaty liczyć nie mogą.

Tutejszy szpital miejski mógłby przyjąć trzech lekarzy: lekarza-internistę, lekarza-chirurga i lekarza-rentgenologa oraz dobrze wykwalifikowane pielęgniarki (15 osób). Utrzymanie dla powyższych dawałby szpital wraz z mieszkaniem. Uposażenie dla takowych jest chwilowo niewyjaśnione.

Pożądanym byłoby, ażeby wymienieni fachowcy zjawili się tutaj czymprędzej, albowiem na skutek dużego napływu innych ludzi z kwalifikacjami miejsca mogą być wkrótce zajęte.

Kilka akuszerek mogłoby się jeszcze osiedlić tak w mieście jak również i w powiecie (prywatna praktyka).

Dla powiatu jest zapotrzebowanie na 4 dezynfektorów z pensją miesięczną około 500,— zł., prócz tego stołówka. Szybki ich przyjazd byłby bardzo pożądany.

Naogół sprawa mieszkaniowa na naszym terenie przedstawia się niezbyt zachęcająco. Masowe wysiedlenie niemców rozwiązałoby może dopiero ten problem. Warunki aprowizacyjne także chwilowo szwankują.

Pieczęć: (Podpis nieczytelny)
Dr med. J. Stęplewski Lekarz Miejski
Jelenia Góra, ul Grottgera 7
Telefon 2605

Zarząd Miejski w Sycowie Nr. 19/10/45

Syców, dnia 28. 9. 45 r.

Do Polskiego Związku Zachodniego Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie

Na pismo tamt. z dnia 5. 9. 45 L. 611/45 Społ. Zarząd Miejski komunikuje, że na terenie powiatu sycowskiego wakują następujące posady:

1) 2-dyplomowane pielęgniarki do szpitala Powiatowego w Sycowie,
2) 1 dyplomowana pielęgniarka do organizującego się Ośrodka Zdrowia w Sycowie,
3) 1 kontroler sanitarny i sekretarz lekarza Powiatowego w jednej osobie.

Warunki pracy są następujące: mieszkanie, utrzymanie w stołówce urzędniczej.

Pensja będzie ustalona przez Wojewódzki Wydział Zdrowia w Lignicy.

Zarząd Miejski
(podpis nieczytelny)
Burmistrz.

Pełnomocnik Rządu R. P. na Obwód XVII w Trzebnicy

Trzebnica, dn. 17., IX. 45 r. Ref. Zdrowia

Do Polskiego Związku Zachodniego Woj. Zarządu Okręgowego w Krakowie.

W odpowiedzi na pismo z dn 5. IX. 45 L. 611/45 Społ. w sprawie zorganizowanego przesiedlenia pracowników służby Zdrowia komunikuję, iż na terenie tut powiatu są wolne następujące placówki:
dla

1) 1 chirurga w Szpitalu Powiatowym an stanowisku dyrektora Szpit.
1 internisty w Szpitalu Powiatowym na stanowisku ordynatora oddz.
1 akuszerki w Szpitalu Powiatowym,
2-3 pielęgniarek wykwalifikowanych.

Lekarze, pielęgniarki i akuszerka mogą otrzymać mieszkanie na terenie szpitala, całodzienne utrzymanie w stołówce szpitalnej oraz pensje od VIII do VI stopnia służbowego zależnie od zajmowanego stanowiska.

Poza pracą w szpitalu mogą zajmować się praktyką prywatną.

2) Zarówno w Trzebnicy jak i w powiecie tylko na praktykę prywatną liczyć jeszcze nie można Mieszkań wraz z urządzonymi gabinetami lekarskimi nie ma.

3) Gabinetów rentgenowskich z aparatami nie ma.

Lekarze dentyści:

4) Na terenie powiatu brak dentystów. Urządzeń dentystycznych brak. Posiadamy 1 fotel dentystyczny i pewien zapas leków.

5) Dezynfektorów potrzeba jest 5. Będą oni na etacie Komisariatu do walki z epidemiami z uposażeniem 500 zł. mies. + diety 50 zł. dziennie za pracę w terenie.

Lekarz Powiatowy
Dr Mrozkiewicz K

W I A D O M O Ś C I B I E Ż Ą C E

PRZED ZJAZDEM PSYCHIATRÓW

Okrucieństwa niemieckie, dążące do zniszczenia narodu polskiego nie ominęły i zakładów leczniczych dla psychicznie chorych. Opierając się na rzekomo naukowych podstawach zbudowanych w celu tzw. oczyszczenia rasy, Niemcy uważali za jedno ze swych zadań konieczność usunięcia ze społeczeństwa psychicznie chorych i uczynili to z całą dokładnością. Już od pierwszej chwili swojej barbarzyńskiej inwazji przystąpili do wykonania diabelskiego planu zniszczenia umysłowo chorych w polskich szpitalach psychiatrycznych i swoją zbrodniczą akcję prowadzili bezwzględnie do końca okupacji. Rezultatem jej było wymordowanie kilkunastu tysięcy umysłowo chorych w szpitalach i opiekach pozakładowych.

Równocześnie z tą zbrodniczą działalnością, ofiarą morderstw niemieckich padło wielu psychiatrów i osób z personelu pielęgniarskiego. Dotychczas uzyskane dane pozwalają na stwierdzenie, że spośród tej niewielkiej grupy lekarzy psychiatrów, którzy do chwili wybuchu wojny pracowali w szpitalach psychiatrycznych w liczbie około 200 osób, piąta część tj. blisko 50 osób zginęło, a o wielu do dziś dnia nie ma jeszcze pewnych wiadomości.

Materialne straty psychiatrii polskiej są olbrzymie; tak np. zrównano z ziemią najstarszy szpital psychiatryczny św. Jana Bożego w Warszawie, a klinika psychiatryczna Uniwersytetu Warszawskiego, bogato wyposażona w liczne aparaty do badań naukowych i do leczenia przedstawia tylko kupę gruzów. Wszystkie inne zakłady psychiatryczne prawie doszczętnie zostały ograbione z urządzeń, aparatów i bibliotek.

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, które powstało w 1920 roku i skupiało wszystkich psychiatrów polskich, pracujących naukowo i społecznie, corocznie organizowało zjazdy psychiatrów polskich dla omawiania spraw naukowych z dziedziny psychiatrii i nauk pokrewnych oraz naukowo ujmowało społeczną sprawę psychiatrii. Wydawało naukowe archiwalne pismo „Rocznik Psychiatryczny" (do stycznia 1939 ukazało się 37 tomów tego pisma). „Rocznik Psychiatryczny" obok „Nowin Psychiatrycznych", wydawanych jako organ Polskich Zakładów Psychiatrycznych i „Higieny Psychiatrycznej" — pisma dla spraw higieny psychicznej — był odzwierciedleniem polskiej myśli psychiatrycznej. Towarzystwo Psychiatryczne od września 1939 roku miało przymusową przerwę w działalności. Cały dorobek Towarzystwa został zniszczony lub ograbiony.

Pomimo tak wielkich strat pozostali przy życiu psychiatrzy pragną na nowo skupić się i przystąpić do wspólnej pracy dla dobra społecznego, wobec tego przystępują do wznowienia działalności Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, które na dzień 1 listopada br. organizuje pierwszy od czasu wojny zjazd wszystkich psychiatrów pracujących w Polsce. Zjazd ten ma się odbyć w murach szpitala w Tworkach. Na zjeździe obok szeregu odczytów naukowych luźnych, dwa główne tematy będą specjalnie omawiane i dyskutowane: 1. „Okrucieństwa niemieckie w stosunku do umysłowo chorych", oraz 2. „Organizacja opieki nad zdrowiem psychicznym ludności w Polsce demokratycznej". Organizacją Zjazdu zajmuje się specjalny komitet, na czele którego stoi Profesor Jan Mazurkiewicz.

WIADOMOŚCI EPIDEMIOLOCZNE *)

Za okres od 1. I. 1945 do 28. VIII. 1945 zanotowano:

przypadków	duru brzusznego	21.148
„	duru plamistego	12.589
„	czerwonki	3.447
„	płonicy	6.081
„	błonicy	6.079

*) W/g komunikatów Min. Zdrowia.

Należy zaznaczyć, że dane powyższe nie są zupełnie ścisłe z następujących powodów: nie zgłaszania wszystkich zachorowań jakie były w terenie, trudności przesyłania doniesień, nie zorganizowania jeszcze we wszystkich częściach kraju odpowiedniej służby itp. Należy przypuszczać, że liczba zachorowań jest w rzeczywistości o 30% wyższa niż liczba podana.

Obecnie największą liczbę zachorowań na choroby zakaźne spotyka się na terenach zachodnich i północnych. Można to tłumaczyć dużymi ruchami przesiedleńczymi i repatriacją. Ze względu na repatriację dawnych wschodnich terenów Polski należy się spodziewać nasilenia epidemii na terenach wschodnich województw. To też zorganizowanie i utrzymanie ochronnego kordonu sanitarnego dla repatriacji jest sprawą wielkiej wagi i b. pilną. Również konieczne jest w tej chwili wyposażenie i sprzęt lekarski, leki, środki dezynfekcyjne i dezynsekcyjne, urządzenia dezynsekcyjne około 300 punktów przyjmujących repatriantów. W związku z nasilającą się epidemią konieczne byłoby uruchomienie większej liczby szpitali epidemicznych z ilością łóżek przynajmniej 24 tysiące — obecnie posiadamy łóżek zakźnych 12.500. Wyposażenie szpitali jest niewystarczające, braki ocenić należy na 80%. Dotyczą one: bielizny osobistej, pościelowej, pościeli, łóżek, urządzeń szpitalnych jak: aparaty dezynfekcyjne i dezynsekcyjne, kąpieliska itp.

Na skutek wymienionych powyżej braków w szpitalach zdarzają się bardzo często wypadki zakażeń wśród szpitalnych, zarówno spośród personelu, jak i chorych.

Walka z durem plamistym w terenie jest bardzo utrudniona, ponieważ sieć kąpielisk i odwszalni dla masowego odwszawiania ludności jest bardzo mała, a stopień zawszenia ludności wielki wobec wyjątkowo trudnych warunków życia, braku mydła, którego cena na wolnym rynku jest bardzo wysoka, oraz stałych ruchów ludności. Walka z durem brzusznym i czerwonką jest również bardzo utrudniona wobec złych warunków higieniczno-sanitarnych wsi (zły stan lub zupełny brak studni, ustępów itp.).

W walce z epidemiami wielkie trudności sprawia brak środków lokomocji, do przewożenia chorych, aparatów i kolumn dezynfekcyjno-dezynsekcyjnych, ruchomych kąpielisk itp.

GRUŹLICA *)

Około 5% ludności choruje na gruźlicę. Wyraża się to cyfrą 1,200.000 chorych na wszystkie postacie gruźlicy, z tego około 60.000 chorych cierpi na gruźlicę kostno-stawową, a około 40.000 na toczeń gruźliczy.

W jednym województwie Śląsko Dąbrowskim w okresie kwartalnym zanotowano 483 zgony na gruźlicę, w tym 39 zgonów dzieci (8,8%).

W mieście Łodzi w ciągu dwóch miesięcy (luty, marzec) zanotowano zgonów na gruźlicę: mężczyzn 158, kobiet 99, dzieci 17, co przy ogólnej liczbie wszystkich zgonów — 1548 daje 17% na gruźlicę. Jest rzeczą ciekawą, że 23% zgonów ogólnych wśród mężczyzn to zgony na gruźlicę płuc. W Krakowie w ciągu dwóch miesięcy stwierdzono 149 zgonów na gruźlicę. Na Uniwersytecie Jagiellońskim (Kraków) wśród 1200 mieszkanek i mieszkańców krakowskich domów akademickich w roku bieżącym znaleziono wśród akademiczek 25% otwartej gruźlicy, a wśród akademików 20%.

Badania podobnego zespołu w Uniwersytecie Lubelskim wykazały wśród skoszarowanych słuchaczy samej tylko katedry wojskowej 35% otwartej gruźlicy. Wydział Zdrowia m. Łodzi na 600.000 mieszkańców określa ilość chorych na otwartą gruźlicę na 30.000.

W Warszawie wskaźnik śmiertelności oblicza się na 50—100.000 mieszkańców. Wśród 500 dzieci szkolnych przebadanych w Białymstoku stwierdzono: 1) około 8% dzieci młodszych jest dotkniętych swoistymi procesami w tkance płucnej i gruczołach około-oskrzelowych, 2) 7% dzieci młodszych cierpi na *intoxicatio tuberculosa*, i 3) około 2% dzieci starszych cierpi na czynne procesy gruźliczo-rozpadowe, a z tego 0,5% na suchoty okresu młodzieńczego o rokowaniu beznadziejnym. Spośród 3 milionów powracających z obozów stwierdza się 30% przypadków otwartej gruźlicy płuc.

NOWY ZARZĄD P. C. K.

Ukonstytuował się nowy zarząd główny P. C. K. w składzie następującym: Prezes — Christians Ludwik, prawnik, b. Wice-Prezes Zarządu Gł. PCK. i b. poseł na Sejm Rzeczypospolitej; Wice-Prezes — Czarnocki Wilhelm, doktor medycyny profesor Uniwersytetu Warszawskiego, Dyrektor Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie; Wice-Prezes — Kaczanowski Feliks, doktor medycyny, psychiatra, Dyrektor Państw. Szpitala w Tworkach, ob. członek Zarządu Gł. PCK.; Sekretarz Generalny — Dybczyński Włodzimierz, doktor filozofii, działacz społeczny; Skarbnik — Dobrowolski Jerzy, prawnik, Wice-Dziekan Rady Adwokackiej; Szef Sanitarny — Kacprzak Marcin, doktor medycyny, Prezes Państw. Rady Zdrowia; Szef Zaopatrz. — ks. prof. Oraczewski Czesław, b. członek Zarządu Gł. PCK., działacz społeczny; Członek Zarządu — Giebartowski Edmund, prawnik, Wice-Minister Opieki Społecznej, b. członek Zarządu Gł. PCK.; Gnoiński Henryk, Docent Uniwersytetu Warszawskiego, doktor medycyny, b. Szef Wydz. Sanit. biura Zarządu Gł. PCK.; Walawski Bolesław, doktor praw, Dyrektor Biura Krajowej Rady Narodowej; Dłuska Stanisława, działaczka społeczna.

*) W/g komunikatu Min. Zdrowia.

WZNOWIENIE DZIAŁALNOŚCI TOWARZYSTWA NEUROLOGICZNEGO W KRAKOWIE

Dn. 21 IX 1945 odbyło się w sali wykładowej Kliniki neur.-psych. U. J. w Krakowie I-sze zebranie Towarzystwa Neurologicznego w Krakowie, będącego oddziałem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.

Zebraniem tym wznowiono działalność Towarzystwa po 6-letniej przerwie, Po zagajeniu zebrania przez Doc. dr Eugeniusza Brzezickiego jako Kierownika Kliniki i sprawozdaniach, wybrano nowy zarząd w składzie: prezes — Doc. dr E. Brzezicki, wiceprezes — dr Władysław Chłopicki, sekretarz — dr Michał Jarema, skarbnik — dr Stanisław Paszkowski. W skład komisji rewizyjnej weszli: dr A. Sikorska, i dr Z. Markowski. Naukowe posiedzenia Towarzystwa będą się odbywać, podobnie jak przed wojną, raz w miesiącu w Klinice neur.-psych. U. J. w Krakowie przy ul. Kopernika Nr 48.

POMOC SANITARNA UNRRA DLA POLSKI

Pomoc sanitarna UNRRA dla Polski zapowiada się w ogromnych rozmiarach. Mają nadejść dary wartości ponad 500.000.000 dolarów. Wśród nich pierwszą pozycję zajmą leki i zaopatrzenie szpitalne.

Niestety, mimo wielkich potrzeb Służby Zdrowia w Polsce, transporty UNRRA nie zawierają jeszcze najpotrzebniejszych rzeczy na potrzeby lecznictwa. Sprawność transportów okrętowych po wojnie zwiększa się, nie mniej jednak między zapotrzebowaniem, a zamagazynowaniem w kraju mija przeciętnie okres około 4 miesięcy. Dotychczasowe transporty leków szły przez Konstancę, obecnie polskie porty Gdynia i Gdańsk odbierać będą towary UNRRA na potrzeby Służby Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia usprawniło kwestię zapotrzebowań UNRRA wchodząc w bezpośredni kontakt z przedstawicielem UNRRA dla spraw sanitarnych, Doktorem Holle.

Obecnie cały wysiłek wkłada się w usprawnienie transportu, zwiększenie ilości samochodów ciężarowych, aby leki, które nadejdą, nie czekały w magazynach, lecz natychmiast zostały rozprowadzone.

Rozładowanie i przyjmowanie sprzętu medycznego odbywa się przy udziale zaproszonych do kontroli przedstawicieli partii, organizacji społecznych i państwowych.

Dotychczas otrzymaliśmy przeważnie środki dezynfekcyjne i do walki z chorobami zakaźnymi. Niektóre leki jak np. tran oczekują jeszcze w magazynach na nadejście odpowiedniej pory (jesieni) do użytku pacjentów. Departament Farmaceutyczny Ministerstwa Zdrowia przydzielił w miesiącu sierpniu leki z transportów UNRRA następującym instytucjom: Wojsko Polskie, Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami, Spółdzielnia „UNIA“ (do rozdziału dla aptek publ., funkcjonujących na terenach prowincjonalnych dla zaopatrzenia ludności wiejskiej), kliniki Uniwersyteckie, Państwowy Urząd Repatriacyjny, Korpus Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Miejska Składnica Materiałów Aptecznych w Warszawie, Ministerstwo Bezpieczeństwa Publicznego (Wojewódzkie Urzędy B. P. oraz Departament Więziennictwa i Obozów), Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Łodzi, Ubezpieczalnia Społeczna w Warszawie, Państwowe Zakłady Higieny, Szpital dla zakaźnie chorych ul. Chocimska 5, Szpital Psychiatryczny w Drewnicy, Szpital Powiatowy w Działdowie, Szpital Tow. Zakładów Żyrardowskich, Wydział Wychowania Pozaszkolnego Min. Oświaty, Związek Walki Młodych, Zakład

Opiekuńczy im. Reymonta w Otwocku, Liga Szkolna Przeciwgruźlicza w Otwocku, Wydział Akcji Terenowej Referat Kolumn Epidemicznych, Wojewódzkie Wydziały Zdrowia (leki do walki z chorobami wenerycznymi).

Wraz z przybyciem nowych okrętów i transportów leki z UNRRA będą dochodzić wreszcie do rąk prywatnego konsumenta przez składnice farmaceutyczne i apteki.

POMOC POLONII KANADYJSKIEJ

Komitet Pomocy Polsce wysłał do kraju dwa kompletne urządzenia sal operacyjnych za cenę 75.000 dolarów wraz z kosztami transportu (wg. Dz. P. 26/9 45).

P. Johnston, przedstawiciel spraw zdrowia UNRRA, p. Hall kierownik wydziału zdrowia UNRRA i p. Bauer przedstawiciel fundacji Rockfellera i amerykańskiego Czerw. Krzyża przybyli do Warszawy celem naocznego przekonania się o potrzebach Polski. Działalność swoją rozpoczęli od zwiedzania zniszczonych wojną ośrodków zdrowia i szpitali w Warszawie (wg. Dz. P. 26/9 45).

DELEGACJA POLSKA W SZWAJCARJI

Delegacja polska na międzynarodowy zjazd poświęcony zagadnieniom opieki nad dzieckiem z prof. Michałowiczem na czele, spotkała się z bardzo serdecznym przyjęciem. Szwajcarsko-polski komitet pomocy wyzwolonej Polsce urządził przyjęcie dla delegacji, na którym obecni byli liczni przedstawiciele władz szwajcarskich oraz kół naukowych i artystycznych.

DELEGACJA SZWEDZKA W SPRAWIE POMOCY SANITARNEJ DLA POLSKI U MINISTRA ZDROWIA

W tych dniach przybyła do Polski Delegacja Szwedzka w osobach Pani Gety Rosen i Dr Nordwalla celem zorganizowania ambulatorium, szpitala i domu wypoczynkowego dla dzieci osłabionych i zagrożonych gruźlicą. Domy te mają być całkowicie ufundowane przez Szwedów, Ministerstwo Zdrowia natomiast daje od siebie plac pod budowę. Według pierwszych planów budowle te sprowadzone będą ze Szwecji wraz z całym urządzeniem, a mianowicie: z aparatami leczniczymi, narzędziami lekarskimi, łóżkami (ca 270), pościelą, bielizną szpitalną itp. oraz urządzeniami sanitarnymi. Szwedzi dają również pełny personel lekarski, pielęgniarski i pomocniczy. Część pielęgniarek rekrutować się będzie z Polek, które w czasie wojny przebywały w Szwecji i ukończyły tam specjalne kursy pielęgniarskie.

W najbliższym czasie przybędzie ze Szwecji wraz z Dr Nordwallem architekt szwedzki, który zajmie się nadzorem nad pracami przy stawianiu domów fundacyjnych.

Minister Zdrowia Dr Litwin wyraził serdeczną wdzięczność za okazaną pomoc w tak ciężkich chwilach dla Służby Zdrowia w Polsce. Specjalną troską Ministra jest zdrowie dziecka polskiego, tak że inicjatywa Delegacji Szwedzkiej nabiera u nas specjalnie na aktualności. Minister pokazał gościom różne plany przyszłych ambulatoriów i szpitali, które mają powstać w miastach i miasteczkach Polski, oraz plany ośrodków, które rozwiążą zagadnienie pomocy lekarskiej dla wsi.

Szwecja urządza również szpital i ambulatorium w połączeniu z Akademią Lekarską w Gdańsku oraz przewiduje zabranie do siebie polskich dzieci-kalek dla protezowania.

Podczas tygodniowego pobytu w Warszawie Delegacja Szwedzka zwiedziła wiele zakładów zamkniętych i otwartych, poświęconych zdrowiu dziecka Warszawy i okolicy.

DELEGACJA M. C. K. W WARSZAWIE

Do Warszawy przybyła Delegacja Międzynarodowego Czerwonego Krzyża przywożąc dary dla poszkodowanej cywilnej ludności polskiej. Dary te obejmują środki lecznicze, dezynfekcyjne i odzież łącznej wagi około 120 ton.

Na czele Delegacji stoją pp. Pfeniger, delegat Komisji Międzynarod. Czerwonego Krzyża w Genewie i dr A. Schnieper, Doradca Mieszanej Komisji Pomocy Międzynarodowego Czerwonego Krzyża.

Dary zostały przywiezione na 16 samochodach ciężarowych i przybyły do Warszawy po ośmiodniowej uciążliwej podróży. Obecnie rozładowuje się je w składnicach Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża, po czym zostaną rozdzielone wg. specjalnego klucza na wszystkie Okręgi Polskiego Czerwonego Krzyża.

Delegąci Międzynarodowego Czerwonego Krzyża odbyli szereg konferencji z p. Prezesem Polskiego Czerwonego Krzyża Ludwikiem Christiansem i z Zarządem Głównym PCK., jak również z p. Wiceministrem Administracji Publicznej Wł. Wolskim, celem ustalenia wytycznych dalszej współpracy dla jak najwydatniejszego przyjścia z pomocą naszemu społeczeństwu, jak również Polakom przebywającym jeszcze na terenie Szwajcarii. (K. C. 1. X. 1945).

ODEZWA!

Do Koleżanek i Kolegów!

Sześć lat ubiegłych przerzedziło nasze szeregi. Straty wśród lekarzy sięgają połowy przedwojennego stanu liczebnego. Śmierć ojców osierociła liczne rodziny. Brak środków do życia, niemożność znalezienia pracy, bądź to z powodu posuniętego wieku, bądź to z powodu przewlekłych schorzeń i wyniszczenia ustroju, powodują, że setki członków rodzin lekarskich pozostaje w nędzy, bez mieszkań, bez możności utrzymania dzieci. Tragedia Warszawy spowodowała, że los wielu rodzin lekarskich, pozbawionych dachu nad głową i najprostszego mienia — stał się nie tylko pożałowania godny, ale wprost straszny, a dla nas, mogących pracować i utrzymywać swe rodziny, niezmiernie bolesny.

Podobny los dotyka również wielu lekarzy repatriantów. Musimy dalej zwrócić uwagę na trudne warunki walki o byt młodych lekarzy, którzy spełniając sumiennie obowiązki wykształcenia praktycznego, znajdują się w ciężkich warunkach życiowych. Pobory ich, za długie godziny wykonywania ciężkich obowiązków lekarza są tak nizkie, że niemal iluzoryczne.

Ten bynajmniej nie przejaskrawiony stan dzisiejszy setek wdów, sierot niezdolnych do pracy i schorzałych Kolegów, — nakłada na świat lekarski poważne obowiązki Nie tylko solidarność zawodowa, ale głos sumienia nakazuje nam w tych ciężkich chwilach przyjść im z pomocą w walce o zdobycie środków do życia i pracy, jak również i dać pomoc w chorobie.

Zarząd Związku Zawodowego Lekarzy R. P — okręg Kraków — powołał do życia sekcję Pań, w skład której wchodzą żony naszych Kolegów i Koleżanki Lekarki — celem zorganizowania pomocy dla naszych nieszczęśliwych Kolegów i ich rodzin. Pomoc musi być szybka, dostateczna i trwała, aby mogła być wydatną i skuteczną i żeby mogła ulżyć ich cierpieniom i poprawić ich trudne, a nawet rozpaczliwe położenie.

Imieniem Zarządu Zw. Zaw. Lekarzy R. P. — Okręg Kraków — zwracamy się z gorącym apelem do wszystkich Koleżanek i Kolegów — Lekarzy — aby nie odmówili swego udziału w naszej akcji i przyszli z pomocą, i tej pomocy nie odmawiali przez czas potrzebny na poprawę losu Kolegów i ich rodzin. Prosimy uprzejmie o zadeklarowanie swej pomocy Paniom, które wzięły na siebie obowiązek ulżenia doli Kolegów i ich rodzin, Kolegów, którzy wskutek tragicznego zrządzenia losu dziś potrzebują pomocy.

Pomocy tej nie wolno nam odmówić!

Zarząd Związku Zawodowego Lekarzy R. P.
Sekcja Samopomocy Pań.

Kraków, dn. 28. IX. 1945 r.

SPROSTOWANIE

W Nrze 1. na str. 15 szp. 2 wiersz 25 od dołu zamiast „uzdrojowiskach“ powinno być „uzdrowiskach“.

W Nrze 2 na str. 5 (poprawionej 25) szp. 2 wiersz 13 od dołu zamiast *linimentum contra combustionis* powinno być *linimentum contra combustionem.*

W Nrze 3/4 na str. 65 szp. 2 wiersz 20 od dołu zamiast *reticulosis plazmacellulare maniphesta* powinno być *reticulosis plasmocellularis manifesta.*

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

KSIĄŻKI:

PIELĘGNOWANIE NIEMOWLĄT

Dr Jan Gołąb — Dr Emil Szinagel. Przewodnik dla matek i pielęgniarek, nakł. wyd. „Promień". — Kraków 1945, str. 204, ilustr. 57, skład gł. Księg. Powszechnej, Kraków, Rynek Gł. 41.

„Co 3 minuty rodziło się w Polsce 1 dziecko, co 12 minut umierało... Ginęła u nas jedna czwarta dzieci w pierwszym roku życia..." przypomina Autor w przedmowie katastrofalną statystykę śmiertelności niemowląt z okresu przedwojennego. — Jakże zapobiegać jeszcze większemu niebezpieczeństwu, które grozi naszej sile demograficznej po niszczycielskiej inwazji niemieckiej — pytamy my, których barki obciąża dziejowa odpowiedzialność za życie i zdrowie nadchodzącego pokolenia? Skromną, a trafną odpowiedź znajdziemy w książce. Jeśli matki przyswoją sobie jej treść pełną społecznych, ciepłych akcentów, przejrzystą, dostępną, pełną wartościowych objaśnień, drogowskazów i rycin i jeżeli pouczenia te będą rzeczywiście stosować, nie wiele trzeba będzie dodać, aby ten najbardziej nowoczesny dział medycyny społecznej, jakim jest opieka nad niemowlętami zatryumfował tam, gdzie jest jego najwazniejsze pole działania, to jest nad kolebką dziecka.

Przewodnik jest niezbędny zarówno dla matek i pielęgniarek, jak i dla lekarzy. Z praktyki wiadomo, że pouczanie nieuświadomionych matek — a takich jest przygniatająca większość — stanowi jeden z najtrudniejszych i najwięcej czasu pochłaniających obowiązków ordynującego lekarza. Matki zasłuchane w płacz badanego dziecka, obałamucone poradami sąsiadek, ciotek i babek, wprowadzane w błąd handlowym reklamiarstwem, pełne przesądów i uprzedzeń — ledwie jednym uchem chwytają słowa pouczenia lekarskiego w czasie godziny przyjęć. Już po wyjściu nie wiele zeń pamiętają, a w domu zapominają resztę. W masowym lecznictwie społecznym pobieżne z konieczności pouczenia lekarskie idą jeszcze bardziej na marne. I tu zaczyna się rola popularnej, a zarazem w duchu nowoczesnej pedjatrji opracowanej książki. Zastępuje ona lekarza. Prowadzi jego dzieło dalej. Poucza, przypomina, upomina, wskazuje właściwą drogę, przeciwdziała. Krótkie pouczenie w czasie ordynacji, wskazanie na odpowiednie ustępy przewodnika, krótki egzamin przy następnej poradzie — oto zda się najodpowiedniejsza droga do celu.

A wieś? Ta wieś wierząca głęboko w znachorów, pogrążona najczęściej pod względem kultury zdrowia w mrokach średniowiecza? Czyż nie powinien trafić pod strzechy popularny ten przewodnik, który ułatwiać będzie lekarzowi przebijanie gęstych mroków nieuświadomienia, z jakim toczy codziennie ostrą walkę?

Układ książki jest bardzo trafny. Całokształt opieki nad dzieckiem przed urodzeniem, zachowanie się matki w okresie ciąży, przygotowanie do aktu urodzin. Najniezbędniejsze wiadomości o noworodku, o rozwoju i pielęgnacji oseska, a następnie o dalszym rozwoju niemowlęcia. Najbogaciej przedstawiony rozdział naturalnego i sztucznego odżywiania niemowląt. Dział, w którym matki bodaj że najwięcej popełniają błędów. Następnie rozdział o mleku i sztucznych mieszankach, które w rękach nieuświadomionej matki wyrządzić mogą więcej szkody niż przynieść pożytku. Hartowanie dziecka, ćwiczenia fizyczne. Wreszcie „dziecko chore". Najważniejsze zabiegi domowe. Czynności pomocnicze i przygotowawcze do badania lekarskiego. Przegląd najważniejszycg chorób wieku niemowlęcego. Na końcu dział opieki społecznej nad matką i dzieckiem, opis przychodni i jej działalności, wskazówki dla pielęgniarek. Krótki przegląd ustawodawstwa.

Książka wypełnia dokliwy brak, jaki istniał dotychczas w praktycznych wydawnictwach mających na celu zapobieganie śmiertelności niemowląt. Zalecić ją można gorąco każdej matce i każdemu lekarzowi. Dla tego ostatniego stanowi ona jakby ramię przedłużające jego działalność aż do domu matki i dziecka. *Dr J. Hozer.*

CZASOPISMA:

NOWINY LEKARSKIE, z. 7—8 (1—15 września 1945). Treść: Różycki Stefan: Gdańska Akademia Lekarska. — Goldschmied Aleksander: Ważniejsze dane dotyczące przebiegu klinicznego i leczenia brucellozy. — Hajek Włodzimierz: Leczenie ran wojennych. — Modrzejewski F.: Witaminy w świetle badań ostatnich lat. — Spiss Maria: Rola lekarza w Polsce powojennej. — Dział informacyjny.

NA WZNOWIENIE „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO" ZŁOŻYLI:

500 zł

Dr Zych Gustaw — z Charsznicy.

300 zł

Dr Bernacki Mieczysław — z Połaniec.
Dr Gerhard Andrzej — z Krakowa.

200 zł

Dr Koper Stefan z Kopszywnicy, Dr Radło Marian, Dr Stawniak Stanisław, Dr Sobolewski Wincenty — z Sandomierza.

150 zł

Dr Marecki Kazimierz — z Zawichosta, Dr Zarodziński Marian — z Kopszywnicy.

100 zł

Dr K. Budzyński — z Krakowa, Dr Schinzel Zygmunt, Dr Tkacz Aleksy, Dr Mandenow Leon — z Sandomierza, Dr Niewirowicz Stefa, Dr Płaczkowski Dyonizy i Dr Łoś Mikołaj — ze Staszowa. Dr Rożański Franciszek, Dr Ziemnowicz Władysław, Dr Przybyszowski Franciszek — z Jasła, Dr Szubarga Józef — z Dębowca, Dr Geroch Jan — z Niegłowic, Dr Paczowski Zbigniew — z Kołaczyc, Dr Borkowski Wiktor — ze Skołyszyna, Dr Świerczek Stanisław — z Szeszyn, Dr Majewski Jan — z Brzostka, Dr Leja Edward — z Jodłowej, Dr Lisikiewicz Tadeusz — z Osieka, Dr Zawisza Antoni — ze Żmigroda. Dr Banaś, Ciesielski, Kopczyński, Bosacki, Erben, Wietrzny — z pow. wadowickiego. Dr Cybulski Teodor sen. i jun., Dr Doganowski Sergiusz, Dr Kopacz Tadeusz i Dr Kopaczowa Helena, Dr Szopska Izabella, Dr Olszewski Zdzisław, Dr Golanowska Waleria — z Rabki, Dr Knapczyk Andrzej — z Księża Wk., Dr Leśkiewicz Mirosław — z Charsznicy, Dr Pietruszewski Jerzy — z Miechowa.

Dr St. Ogonowski — z Mariampola
Dr Kilar Jan — z Rzeszowa

Sprostowanie:

W Nr 3 str. 76 w liście ofiarodawców z pow. Myślenice ma być zamiast „Dr Wydrowicz Józef, Łutkowice" — Dr Wachowicz Józef – Sułkowice.